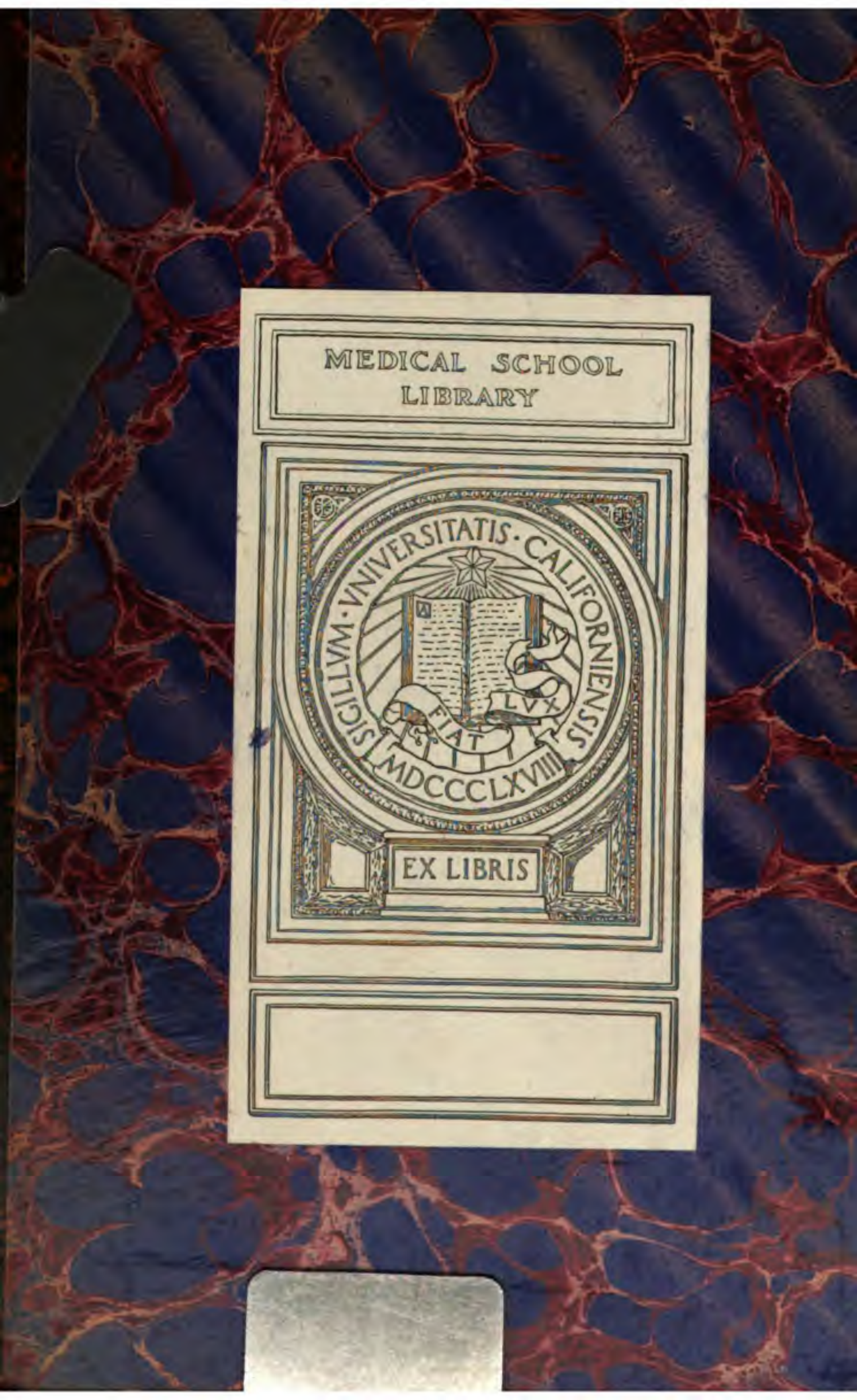
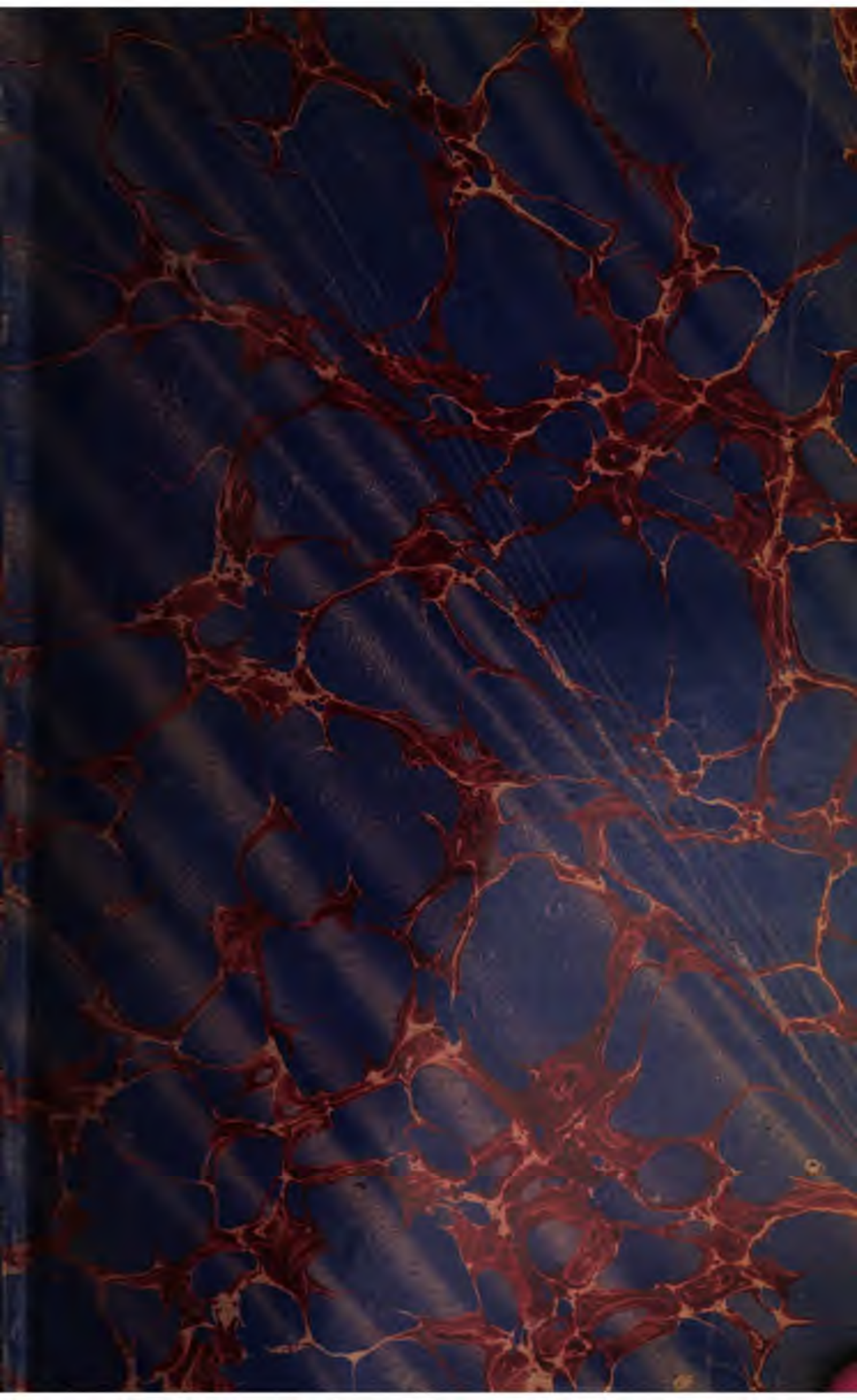
UC-NRLF
B 3 731 871


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

V

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

L'*Encéphale* a commencé à paraître en Janvier 1881.

Depuis Janvier 1883, l'*Encéphale* est publié tous les deux mois.

PRIX DE L'ABONNEMENT : **Paris : 20 fr.**

Départements : 22 francs. — Union postale : 24 francs

Le Mans. — Typographie Ed. Monnoyer — Déc. 85.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

SOUS LA DIRECTION DE MM.

B. BALL,
Professeur à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin des hôpitaux.

J. LUYS,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de la Charité.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr CH. VALLON

Cinquième année

Avec planches lithographiées

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Rue Hautefeuille, 19, près le boulevard St-Germain.

LONDRES — BAILLIÈRE, TINDALL AND COX
20. King William Street, Strand.

MADRID — CARLOS BAILLY-BAILLIÈRE
7, plaza de Santa Ana.

1885

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR

LES ASILES D'ALIÉNÉS

DE L'ANGLETERRE ET DE L'ÉCOSSE

Par le Dr A. FOVILLE

Inspecteur général des établissements de bienfaisance (1)

I. — Les Asiles de l'Angleterre

La plupart des grands asiles anglais sont de fort beaux établissements, situés à la campagne, ayant, comme dépendance immédiate, d'élégants jardins d'ornement cultivés avec un grand soin, parfois de véritables parcs; presque toujours, ils sont complétés par une ferme d'une étendue plus ou moins considérable.

(1) M. le Docteur Foville, chargé à deux reprises, d'étudier en Angleterre et en Écosse le régime des aliénés a bien voulu nous autoriser à détacher les pages que l'on va lire de son rapport général, qui paraîtra incessamment (librairie J.-B. Baillière). Par cet extrait, nos lecteurs apprécieront comme nous l'intérêt que présentera le travail complet.

Le mode de construction le plus généralement adopté est celui des bâtiments continus, à plusieurs étages superposés. Dans ce cas, les diverses pièces qui constituent ce que l'on appelle, dans les établissements français, un quartier de classement, celui des tranquilles par exemple, ou celui des épileptiques : chauffoir, réfectoire, dortoirs, chambres isolées, dépendances, occupent de plain-pied un même étage; tel quartier, par exemple, sera entièrement installé au deuxième étage, à une grande distance par conséquent du jardin affecté à son usage. Les bâtiments étant continus, les divers quartiers d'un même étage ne sont séparés les uns des autres que par des portes habituellement fermées à clef.

Deux considérations paraissent surtout avoir fait adopter le mode des constructions continues; l'une est la plus grande facilité qu'il donne à la surveillance et à la circulation, aussi bien en ce qui concerne les malades que le personnel. L'autre, c'est la commodité qui en résulte, tant au point de vue de la répartition des appareils de ventilation et de chauffage, qu'à celui de la distribution de l'eau, de la vapeur, du gaz. Il faut ajouter que le climat froid et humide de l'Angleterre est plus favorable à la vie intérieure qu'à la vie au grand air, et qu'on s'y accommode mieux d'habitations un peu confinées.

Néanmoins, depuis quelques années, beaucoup de médecins anglais ont reconnu les avantages des constructions hospitalières, à pavillons détachés, et on a commencé à appliquer ce système aux asiles d'aliénés. C'est ce qui a eu lieu notamment, aux environs de Londres, pour le bel asile de Banstead, et pour le grand établissement de Caterham, ce dernier destiné spécialement aux déments inoffensifs. Ce système reproduit, d'une manière générale, le type de construction de l'hôpital de Lariboisière, c'est-à-dire que les quartiers ne

sont pas complètement indépendants, mais qu'ils se détachent tous, latéralement, d'une grande galerie fermée qui sert non seulement à la circulation des habitants, mais aussi à celle de l'eau, de la chaleur, etc.

Dans presque tous les asiles anglais, on trouve une organisation très complète des appareils de communication acoustique, électrique, téléphonique. Les chefs de l'établissement peuvent, instantanément, recevoir des renseignements de tous les points de leur service et y transmettre, de même, leurs ordres et leurs instructions.

Depuis longtemps, on a adopté, dans la plupart des asiles anglais, l'habitude de faire manger ensemble, c'est-à-dire dans une pièce commune, la plus grande quantité des malades ; on y trouve donc de vastes salles, à peu près centrales, contiguës à la cuisine, où, à l'heure des repas, se réunissent plusieurs centaines d'aliénés. Bien entendu, on n'amène pas dans cette salle commune ceux qui sont trop infirmes, malpropres ou agités ; mais on s'applique à réduire, le plus possible, le nombre des exceptions.

Dans les très grands asiles, les hommes et les femmes mangent séparément. Dans certains asiles, hommes et femmes prennent en même temps leurs repas dans une salle unique, les tables de chaque sexe occupant un côté différent de la salle et étant séparées par un passage central. A l'appui de ce système de repas pris en commun, on invoque les avantages suivants : donner aux malades une distraction journalière et maintenir chez eux une certaine habitude du décorum ; empêcher que leurs aliments ne se refroidissent par de longs transports ; simplifier le service de table par sa concentration à côté de la cuisine.

La pratique se montre favorable à ce système ; la tenue des malades, dans cette vaste salle, est générale-

ment très bonne; il est fort rare que l'on ait à regretter quelque incident un peu sérieux. On conçoit, d'aillleurs, que ce système est surtout applicable dans les établissements à bâtiments continus; il le serait beaucoup moins si les pavillons étaient entièrement séparés les uns des autres.

Il y a aussi, le plus souvent, une grande salle de fêtes avec un petit théâtre, pour l'amusement des malades; les représentations théâtrales, les bals, les concerts, dont le personnel de l'établissement fait les plus grands frais, sont des amusements très fréquents dans les asiles anglais; ils ont lieu une ou plusieurs fois par semaine, surtout pendant l'hiver; on y attache beaucoup d'importance comme moyen de rompre la monotonie de l'existence journalière.

Tantôt, il y a dans chaque quartier, un service spécial de bains, alimenté par l'eau chaude qui circule dans tout l'asile; tantôt les baignoires détachées sont en petit nombre, et il y a un service général où l'on vient de tous les quartiers. Dans certains établissements on trouve une installation complète de bains de vapeur et de bains d'air chaud, un véritable hammam; dans d'autres on a installé des bassins de natation d'une étendue et d'une profondeur assez considérables.

Les cabinets d'aisance sont, presque tous, à effet d'eau et tenus avec une grande propreté; aussi peuvent-ils, sans inconvénient, être placés dans l'intérieur des habitations.

Dans les asiles anglais les plus anciens, les logements des malades consistaient, presque uniquement, en chambrettes à un seul lit, ouvrant toutes sur un corridor commun, ou galerie, servant de lieu de réunion pendant le jour. Ce mode de construction se retrouve encore partiellement dans tous les asiles; mais il n'est plus général comme autrefois; on fait une part de plus en plus

grande aux dortoirs communs, et le nombre des chambrettes isolées se réduit d'autant. Dans les asiles les plus modernes, notamment dans ceux à pavillons détachés des environs de Londres, qui ont été cités plus haut, le dortoir commun est devenu la règle, la chambre à un lit est l'exception.

Dans presque tous les asiles anglais, on attache une importance prépondérante à l'ornementation intérieure des locaux où vivent les malades, et au confortable de leur ameublement. C'est même là ce qui frappe le plus les étrangers qui visitent ces établissements. Rien n'est plus rare que d'y voir des salles aux murailles nues et unies. Partout, au contraire, on rencontre des peintures vives, des cadres contenant des gravures, des lithographies, des dessins, ou bien des inscriptions bibliques, des sentences philosophiques. On ne recherche pas moins les autres ornements : suspensions et jardinières remplies de plantes vertes, de fougères ; vases de fleurs, volières dans les fenêtres et au plafond, petits aquariums ; on cite tel asile de Comté dans les salles duquel il n'y a pas moins de deux mille statuettes en plâtre, disséminées sur des supports plus ou moins élégants, dans toutes les parties de l'établissement.

Sans doute, il serait exagéré de dire que tous ces menus ornements sont d'une exécution très délicate et constituent des objets d'art de grande valeur; mais ils indiquent une préoccupation très générale de distraire les malades, de les soustraire par la vue des objets extérieurs à la concentration de leurs propres idées, de leur inspirer le respect de ce qui les entoure et de contribuer, par là, à régulariser leur propre conduite et leur tenue. Ce sont là des avantages que l'on ne croit pas trop payer par des dépenses qui ne laissent pas, parfois, que de s'élever assez haut.

Méthode du no-restraint. — Ce qu'il y a de plus intéressant et de plus essentiel à signaler dans le régime intérieur des asiles anglais, c'est à coup sûr la méthode qui, sous le nom de *no-restraint*, a joué un rôle si important, depuis près de cinquante ans, dans le traitement pratique des aliénés, et dans les discussions théoriques auxquelles ce traitement a donné lieu, non seulement en Angleterre, mais aussi en France et l'on peut dire dans tous les pays civilisés.

Dans les premiers temps, les polémiques ont été très vives, souvent mêmes acerbes ; mais le temps et l'expérience ont calmé les ardeurs du début, les exagérations intolérantes des premiers intéressés. On peut, aujourd'hui, aborder la question de sang-froid et juger, avec impartialité, les avantages et les inconvénients des systèmes en présence. C'est, du moins, une tâche qui mérite d'être entreprise dans un travail comme celui-ci.

Pinel, et les médecins aliénistes de l'école française, conservent le mérite d'avoir rendu beaucoup plus douce la manière de traiter les aliénés ; à l'usage des chaînes et des liens dont on se servait presque généralement pour les attacher, ils ont substitué l'emploi, à peu près inoffensif, de la camisole ou gilet à manches.

L'école aliéniste anglaise attache sa gloire à avoir proscrit, d'une manière non moins absolue, l'usage de la camisole elle-même, et de tout autre moyen de contrainte mécanique, appliqué directement sur les membres des aliénés.

Le docteur Conolly, médecin en chef de l'asile d'Hanwell, près Londres, de 1839 à 1849, a été le premier apôtre de cette réforme, et son nom est indissolublement lié à celui de la méthode du *no-restraint ;* mais Connolly a proclamé, lui-même, qu'en entrant dans la voie de l'abolition des moyens de coercition corporelle,

il avait suivi l'exemple donné, depuis plusieurs années, à l'asile de Lincoln, par le docteur Charlesworth et par M. Gardiner Hill, médecins de cet établissement.

La théorie du *no-restraint* a été exposée, par Conolly lui-même, dans la série des rapports annuels rédigés sur son service de l'asile d'Hanwell, pendant 1839 et les années suivantes.

Il est démontré que, dans un asile de 800 malades, où l'emploi de la camisole, des gants, des entraves avait été, jusque là, aussi fréquent que dans tout autre établissement du même genre, Conolly parvint, en quelques mois, à supprimer complètement les engins mécaniques empêchant le libre usage des bras et des jambes; à la suite de ce succès il formula, comme un article de foi, la nécessité de condamner, d'une manière absolue, tout moyen de contrainte corporelle dans le traitement des aliénés.

Sa doctrine, après avoir rencontré, dans son pays même, de sérieux adversaires, a fini par y triompher, et depuis longtemps, elle est adoptée par la grande majorité, on peut presque dire par l'unanimité des médecins aliénistes anglais; elle a reçu la sanction officielle par l'adhésion du Bureau des *Commissioners in Lunacy;* elle a, pour ainsi dire, l'autorité d'un dogme, la « sainteté d'un vœu (1) ».

Dans l'appréciation à porter sur cette méthode, il faut d'abord signaler et trancher une question de mots, qui n'a pas peu contribué à faire naître et à entretenir la confusion. Il est évident que le nom de *no-restraint*, qui lui a été donné, et qui est devenu historique, n'est pas juste. Quoi qu'on fasse, on ne peut bannir la *restrainte* du traitement des aliénés, Le fait seul de les placer dans un asile, et de les priver de leur liberté, est la plus

(1) Hack Tuke, *History of the Insane, in the British Isles*, p. 204.

grave de toutes les contraintes. C'en est encore une que de leur assigner, dans l'asile un quartier spécial, dans le quartier une place obligatoire. Et les choses ne s'arrêtent pas là; il est hors de doute que certains aliénés très agités, ou très dangereux, ne peuvent être abandonnés à eux-mêmes, ni laissés libres de leurs actes. D'après la théorie anglaise, on ne leur met pas la camisole, mais on ne renonce pas à les soumettre à la *reclusion* dans une cellule ordinaire ou capitonnée, à les faire maintenir de force par un certain nombre d'infirmiers, à leur administrer, à dose plus ou moins élevée, certains médicaments stupéfiants et narcotiques; or, il est bien évident que cellule et contention manuelle par des infirmiers sont des moyens réels de contrainte; on peut en dire autant des médicaments stupéfiants que l'on a appelés moyens de contrainte chimique.

Le titre de *no-restraint* donné à la méthode de Conolly a donc eu le mérite d'être bref et de faire de l'effet; mais il a eu le tort de n'être pas rigoureusement exact, et ainsi se trouvent expliquées de longues polémiques qui ont roulé, surtout, sur une simple question de définition.

Il aurait été plus conforme aux faits réels de réduire la question à ces termes : faut-il renoncer complétement, dans le traitement des aliénés, à l'emploi de la camisole et des moyens du même genre ?

Si l'on sort de l'Angleterre, on est loin de trouver les médecins aliénistes des différents pays d'accord sur la question ainsi posée. Mais il y a un point, au moins, sur lequel il ne saurait y avoir aucun doute; c'est que le fait seul d'avoir mis en discussion la nécessité de la camisole a eu pour résultat d'en faire réduire, partout, l'emploi dans des proportions considérables; et, en ce sens, on peut affirmer que la réforme inaugurée par Conolly, comme celle dont Pinel a été le promoteur, a été un

bienfait pour tous les aliénés. Les adversaires les plus convaincus du *no-restraint* absolu font, aujourd'hui, un usage beaucoup plus modéré de la camisole qu'on ne le faisait avant Conolly, et en cela ils rendent, même involontairement, hommage à celui-ci.

Ceci étant bien établi, convient-il d'aller plus loin et de prohiber absolument la camisole? Ici la question devient beaucoup plus embarrassante et il est difficile de répondre péremptoirement.

D'abord, rien n'est plus imprévu que les manifestations de la folie, et rien, par conséquent, n'est plus variable que les indications qui peuvent se présenter dans le choix des moyens de traitement à appliquer aux aliénés.

Ensuite, même dans les cas qui ne sortent pas de l'ordinaire, est-il bien certain que les moyens que l'on emploie, à la place de la camisole, lui soient toujours préférables? Le doute est au moins permis. Parmi les médecins anglais eux-mêmes, bon nombre ont commencé par résister à la généralisation de la doctrine de Conolly; le rapport des *Commissioners* de 1844 fait connaître les motifs de leur opposition. D'après eux, au point de vue du malade, la camisole pouvait constituer non seulement une garantie de sécurité, mais un moyen de traitement physique et moral souvent utile, parfois nécessaire; elle causait moins d'irritation que la contention manuelle par des infirmiers, elle était moins nuisible que la *seclusion* en cellule.

A supposer même que ces arguments aient été complètement abandonnés, depuis, par tous les aliénistes anglais, faut-il s'étonner qu'ils continuent à être approuvés par les médecins étrangers et que la plupart des aliénistes français persistent à leur reconnaître une grande valeur?

Ne doit-il pas en être ainsi, notamment, quand on a

eu occasion de voir, en Angleterre, en Allemagne, en Suisse, des aliénés très agités qui, par respect pour le *no-restraint*, séjournaient enfermés pendant longtemps dans une cellule obscure, déchiraient tous leurs vêtements de manière à rester absolument nus, se roulaient à terre et avaient tout le corps souillé de leurs propres excréments. Ces cas sont, on peut l'admettre, exceptionnels ; mais ils se produisent parfois, cela est absolument certain.

Tout le monde n'a-t-il pas reconnu, aussi, que pour pouvoir appliquer intégralement la méthode anglaise, il faut, d'une part, avoir des asiles dont le mode de construction ne laisse rien à désirer ; d'autre part, disposer d'un personnel d'infirmiers nombreux et très expérimenté ? Peut-on, avec la meilleure volonté du monde, réaliser toujours ces conditions? les imperfections des bâtiments, la gêne financière, l'insuffisance du personnel, ne se traduisent-elles pas, toujours, par une augmentation dans l'emploi des moyens de contrainte ? Peut-on rendre un médecin responsable d'une pratique qui est dictée par le vice des constructions ou par l'exiguité des ressources pécuniaires ?

Il est donc vrai de dire que, pour une très grande part, l'adoption de ce que l'on appelle la méthode du *no-restraint* est une question de budget, et que l'on ne peut pas la mettre en pratique si l'on n'a pas beaucoup d'argent.

En résumé, Conolly a rendu un service réel à l'humanité en montrant que l'on peut traiter les aliénés sans se servir de la camisole. Grâce à cette démonstration, l'usage des moyens de contrainte mécanique a diminué, d'une manière considérable, dans tous les asiles d'aliénés; dans ceux d'Angleterre et dans quelques-uns de ceux du continent, il a disparu d'une manière que l'on peut qualifier de complète.

Dans le plus grand nombre des asiles de France, l'abandon de la camisole n'est pas absolu, ce qui tient sans doute à différentes causes, parmi lesquelles il convient de citer, peut-être un plus haut degré d'excitation chez les malades, en conséquence du climat du pays et du tempéramment des habitants, et certainement les conditions défectueuses des constructions de certains asiles, ainsi que l'insuffisance relative du personnel de surveillance. La part faite aussi large que possible à ces différentes causes, il restera encore quelques cas exceptionnels dans lesquels beaucoup de médecins aliénistes penseront qu'il est préférable, pour les malades eux-mêmes d'être maintenus, pendant le temps strictement nécessaire, avec une camisole bien faite et bien appliquée, que d'être enfermés dans une cellule d'isolement, ou maintenus par les mains de plusieurs infirmiers, ou réduits à l'inaction par des médicaments narcotiques.

Mais alors même que l'on accepte pas sa doctrine dans toutes ses conséquences, on doit rendre pleine justice à Conolly et à ses adeptes pour les résultats très remarquables qu'ils ont obtenus dans la plupart des asiles anglais, et pour le caractère uniforme de calme, de tranquilité, de bonne tenue, que l'on observe, sauf de très rares exceptions, dans ces établissements. Ce qu'il importerait surtout, ce serait qu'un plus grand nombre de médecins aliénistes français pussent aller étudier, sur place, une pratique qu'il est sans doute aisé de critiquer de loin, sur de simples renseignements écrits, mais à laquelle il est bien difficile de ne pas reconnaître, dans l'immense majorité des cas, une supériorité réelle quand on peut l'observer de près et la saisir sur le fait. Une visite personnelle, en pareille matière, est plus instructive que de longues lectures et de grandes discussions.

II. — Les Asiles de l'Écosse.

L'un des traits les plus caractéristiques du régime des aliénés en Écosse est, d'une part, le très petit nombre des asiles privés et des malades placés dans ces asiles, d'autre part, par une réprocité naturelle, la grande proportion d'aliénés non indigents, de ceux que nous appelons en France les pensionnaires, qui sont placés dans des établissements publics, et presque exclusivement dans les asiles Royaux. Quant aux aliénés indigents, il n'y en a pas un seul dont le traitement soit confié à l'industrie privée, tous sont placés dans des établissements publics.

Ces particularités sont considérées, par des médecins aliénistes fort autorisés, comme constituant en faveur de l'Écosse une supériorité d'une grande importance. C'est un point sur lequel M. le docteur Lockart Robertson a particulièrement insisté dans son adresse présidentielle, devant la Section des maladies mentales du Congrès médical de Londres, et voici le tableau qu'il a dressé pour mettre en relief la pratique comparative des deux pays.

MODE DE PLACEMENT	ANGLETERRE		ÉCOSSE	
	Pensionnaires	Indigents	Pensionnaires	Indigents
Dans les asiles publics... ...	49 0/0	63 0/0	81 0/0	73.7 0/0
Dans les asiles privés.......	43 0/0	1.6 0/0	3.5 0/0	»
Dans les workhouses.........	»	26 0/0	»	8.5 0/0
Dans les asiles particuliers...	8 0/0	9.4 0/0	6.5 0/0	17 8 0/0
TOTAUX......	100 0/0	100 0/0	100 0/0	100 0/0

« Ce tableau, ajoute-t-il, indique d'une manière frap-

pante la différence qui existe dans la manière de placer et de traiter les aliénés suivant les deux pays. En Angleterre, 43 pour 100 des pensionnaires sont placés dans les asiles privés, tandis qu'en Écosse la proportion n'est que 9.5 pour 100. D'autre part, les asiles publics de l'Écosse reçoivent 84 pour 100 des aliénés pensionnaires de ce pays, tandis que ceux de l'Angleterre n'en reçoivent que 49 pour 100. »

Plus loin, il fait remarquer que cette proportion de 49 pour 100 des pensionnaires placés dans les asiles publics de l'Angleterre est répartie de la manière suivante :

Hôpitaux enregistrés.......	36	pour 100
Asiles de Comtés..........	6	—
Asiles de l'État............	7	—
Ensemble..........	49	—

Ce sont donc les hôpitaux enregistrés qui en reçoivent de beaucoup le plus grand nombre, et ce sont précisément, on le sait, les hôpitaux enregistrés de l'Angleterre qui ressemblent le plus aux asiles Royaux ou *Chartered* de l'Écosse. Il recommande donc, avec énergie, le développement progressif des hôpitaux enregistrés. Ce que l'on a fait en Écosse, dit-il, on peut bien le faire aussi en Angleterre, et on y obtiendra, à moitié prix, un résultat aussi satisfaisant, à tous égards, que dans les meilleurs asiles privés.

Il est certain que les faits constatés en Écosse militent fortement en faveur du traitement des aliénés de la classe moyenne dans les pensionnats faisant partie des asiles Royaux.

Les *Commissioners* voudraient même que les administrations locales n'occupassent pas, dans ces établissements, pour le traitement de leurs indigents, un aussi

grand nombre de places, afin qu'il en restât davantage à la disposition des pensionnaires. C'est ainsi que, dans leur dernier Rapport annuel, se trouve un important mémoire dans lequel le docteur Arthur Mittchell, l'un des *Commissioners,* s'applique à démontrer que le grand asile de Morningside, près Edimbourg, contient un trop grand nombre d'indigents; il insiste pour que les autorités charitables du district de Midlothian, c'est-à-dire de la plus grande partie de la ville d'Edimbourg, au lieu d'occuper une partie de cet établissement, se décident à construire un asile spécial consacré aux aliénés indigents à leur charge.

Nouveau système écossais — *Asiles aux portes ouvertes.* — Le but de la plupart des progrès réalisés, depuis bientôt un siècle, dans le traitement collectif des aliénés, est d'améliorer le sort du malade en écartant de lui tout ce qui peut rappeler la prison, réveiller l'idée de la séquestration; c'est à cela que se sont particulièrement appliqués Pinel, Esquirol, Ferrus et leurs disciples en France, Conolly et ses adhérents en Angleterre.

Mais l'esprit humain n'a pas l'habitude de s'arrêter dans la voie du progrès; on cherche, aujourd'hui, à renchérir sur les doctrines de Conolly, et c'est surtout en Ecosse que cette tendance s'est accusée, depuis quelques années. Les nouveaux réformateurs veulent aller plus loin encore en supprimant tout mode apparent de clôture, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de leurs asiles d'aliénés.

Il n'est pas probable qu'ils aient eu, dès le début, l'idée arrêtée de créer un système nouveau, rompant avec toutes les habitudes du passé; c'est à la suite de différentes innovations partielles, tentées dans des voies diverses, mais inspirées par des vues communes, qu'on est arrivé à constituer, après coup, une théorie com-

plète de réforme dans le fonctionnement des asiles; cette théorie a reçu la consécration officielle dans le Rapport des *Commissioners* pour l'année 1881 (1).

En exposant les améliorations introduites, depuis un certain nombre d'années, en Écosse, dans le traitement des aliénés, les *Commissioners* ont le soin de faire remarquer qu'ils n'entendent point parler du traitement médical proprement dit, pour lequel chaque médecin jouit d'une indépendance complète, et ne relève que de sa conscience. Ce qu'ils veulent, c'est mieux faire connaître et apprécier les règles générales de la discipline intérieure à laquelle est soumis actuellement l'ensemble de la population des asiles.

Les améliorations, disent-ils, ont porté sur trois points principaux :

1° Liberté plus grande laissée aux malades, dans l'asile;

2° Redoublement de vigilance pour leur assurer, à tous, des moyens utiles d'occupation;

3° Perfectionnements divers apportés à la construction des asiles et au confortable intérieur des habitations.

Ils font remarquer, en outre, que ces divers éléments de progrès ont fait plus que s'ajouter les uns autres, et que leurs heureux résultats ont tenu, surtout, à leur association et à l'appui réciproque qu'ils se sont prêté.

Sur les deux derniers points, il est inutile de s'arrêter longuement.

Sous le rapport de l'application des malades à des travaux industriels ou agricoles, aussi variés que possible, la plupart des grands asiles français n'ont rien à envier

(1) Une communication sur ce sujet a été faite à l'Académie de médecine. Paris, le 8 janvier 1882.

à l'étranger; c'est au docteur Ferrus que revient le mérite d'avoir posé, à cet égard, des principes qui se sont développés en France plus vite et plus complètement que dans aucun autre pays.

Quant au confortable des habitations et du mobilier, c'est surtout une affaire d'argent, et sous ce rapport, les établissements hospitaliers français, comparés aux hôpitaux étrangers, sont réduits à des à peu près fort modestes.

Le développement des libertés accordées aux malades s'éloigne plus de ce que l'on connaît, et mérite davantage de fixer l'attention.

Le principe qui a servi de point de départ est commun à toutes les écoles ; c'est que l'on ne doit apporter aucune restriction à la liberté d'un malade, à moins qu'il ne soit démontré que cela est absolument nécessaire, soit pour son propre bien-être, soit pour la sécurité des autres.

Mais ce qui distingue le système écossais, c'est que, d'après lui, les limites de ces restrictions peuvent être singulièrement reculées : 1° par l'abolition des murs d'enceinte autour des préaux ; 2° par la suppression des portes fermées dans l'intérieur des asiles ; 3° par l'extension des congés sur parole.

Laissant de côté ce dernier point, qui ne se rattache pas au service intérieur des asiles, on doit reconnaître que l'asile, où les deux premières conditions sont réalisées, perd de plus en plus l'aspect d'un lieu de séquestration, pour se rapprocher de celui des grandes propriétés particulières. Dans celles-ci, en effet, le terrain, n'est pas morcelé en petits enclos ceints de murs ; on ne rencontre pas de portes fermées à clef quand on veut passer d'une pièce dans une autre ; enfin, on peut sortir quand on le veut.

Et tout cela a été réalisé dans un certain nombre d'asiles écossais.

Celui du district d'Haddington, ouvert en 1866, a été le premier autour duquel il n'y a jamais eu de préaux fermés, de cours entourées de murs. En outre, dans cet asile, les aliénés des deux sexes prennent leurs repas en commun dans une vaste salle, unique; mais tandis qu'ailleurs les deux sexes sont séparés, ici, on fait asseoir à côté l'un de l'autre, à chaque table, alternativement un homme et une femme, afin de conserver, chez ces malades, les habitudes de courtoisie qui doivent servir de règle dans les relations sociales du monde extérieur.

L'exemple ainsi donné pour les murs de préaux a été suivi; aujourd'hui les cours closes de murs ont disparu, ou sont en train de disparaître, de la plupart des asiles écossais.

On peut objecter, il est vrai, que ces cours avaient l'avantage de sectionner la population de manière à réduire les contacts des malades entre eux et à faciliter la surveillance; de plus elles fournissaient des locaux isolés où des malades agités pouvaient dépenser au grand air, et sans inconvénients, l'énergie morbide de leur excitation maniaque.

A cela, les médecins écossais répondent qu'il y a encore bien plus d'avantages à faire dépenser l'énergie de ces malades, en toute liberté, dans toute l'étendue du vaste domaine qui entoure les asiles, à condition de les faire toujours accompagner par un gardien spécial, et par plusieurs, au besoin. C'est ainsi, en effet, que les choses se passent, et grâce à cette liberté d'expansion, ajoutent les partisans du système, l'agitation disparaît beaucoup plus vite.

L'asile écossais, construit d'après la théorie nouvelle, se trouve donc placé au milieu d'un domaine rural dont les pelouses et les jardins entourent de tous côtés les bâtiments, sans qu'au voisinage immédiat de ces

derniers on ait clos de murs aucune cour limitée pour l'usage de telle ou telle catégorie de malades ; tout est ouvert comme autour d'un grand château particulier et partout on peut circuler librement.

De nombreuses portes permettent de pénétrer, de différents côtés, dans les habitations de jour des malades, toutes situées au rez-de-chaussée ; pour entrer, il n'y a qu'à tourner un bouton tout ordinaire, et une fois à l'intérieur on peut circuler, partout, sans être arrêté, du moins le jour, par aucune serrure fermée à clef.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que les malades soient libres de circuler ainsi, et qu'ils soient livrés à eux-mêmes sans ordre et sans discipline.

Loin de là; nulle part l'ordre ne paraît plus réel; seulement les obstacles matériels ostensibles sont remplacés par la précision dans l'emploi du temps et dans l'enchaînement des occupations, par la régularité acquise des habitudes, et surtout par la vigilance incessante du personnel de surveillance qui doit diriger les aliénés dans tous les détails de leur existence journalière.

C'est ce dernier point précisément qui, d'après les auteurs de la nouvelle théorie, en constitue le caractère principal.

Chaque surveillant doit étudier, d'une manière complète, les malades qui lui sont confiés, puisqu'il n'a ni muraille, ni serrure pour l'aider dans sa surveillance ; son attention est toujours en éveil ; il faut qu'il apporte tous ses soins à traiter les malades amicalement, et à gagner leur confiance, puisque c'est seulement par la persuasion et les bons sentiments qu'il peut les maintenir dans le calme, et dans l'observation des règles prescrites pour le bon ordre de la maison.

Et ce résultat, quelque invraisemblable que cela puisse paraître, on affirme qu'il s'obtient avec assez peu d'efforts, et que chacun des médecins d'asile, qui met le nouveau

système à l'épreuve, s'en trouve bien et n'hésite pas à en généraliser l'emploi.

L'auteur du présent Rapport a eu occasion de voir des applications du système écossais à l'asile de Morningside, près Edimbourg, à celui de Melrose, à Gartnavels, à la porte de Glasgow; il a visité en détail, à deux reprises différentes, le grand asile de Woodilee, à Lenzie, près Glasgow; ce dernier établissement, un des plus beaux que l'on puisse voir à tous égards, a été construit, il y a quelques années, pour 500 malades, en vue de l'application complète du nouveau système, dont il est jusqu'à ce jour le spécimen le plus complet. Il appartient à la paroisse de Barony qui est très riche, et qui n'a reculé devant aucune dépense pour atteindre le but désiré. M. le docteur Rutherford, le premier directeur-médecin de cet établissement, et M. le docteur Blair, son successeur sont des partisans déclarés de la méthode des portes ouvertes; l'administration qui a fait les frais de cette création dispendieuse s'applaudit d'avoir adopté cette méthode, et loin d'être tentée d'y renoncer, elle tient au contraire à lui donner le plus de développement possible.

On n'est pas, cependant, dans cet asile plus que dans aucun autre, à l'abri d'accidents sérieux; au mois de mai 1883, une femme malade, sortie de l'asile par une porte ouverte, a été écrasée, à peu de distance, par un train de chemin de fer, sans que l'on ait su si elle avait, ou non commis un suicide.

Le *Journal of Mental Science* (numéro d'octobre 1883), en rapportant le fait, ajoute qu'au cours du procès intenté à la suite de cet accident, le ministère public fit savoir aux chefs de l'asile que, si pareil malheur se reproduisait, il serait de son devoir d'instituer une enquête sur le point de savoir s'ils ne se rendaient pas coupables de négligence dans la garde des malades.

Il serait, dans tous les cas, de la plus haute importance de vérifier si, comme cela a été dit, le nombre des suicides, dans les asiles écossais, a augmenté dans les derniers temps.

En tout cas, et sans préjuger l'avenir, on doit reconnaître que, pour le moment, les médecins aliénistes de l'Angleterre paraissent peu disposés à admettre le mérite pratique des idées de leurs confrères écossais, et c'est presqu'à l'unanimité qu'ils repoussent le nouveau système.

Il n'est pas sans intérêt, pour les étrangers, de se rendre compte des arguments employés dans cette discussion entre compatriotes.

Parmi les objections formulées en Angleterre, on dit, entre autres choses, que remplacer les murs et les serrures par des surveillants qui empêchent de passer, c'est substituer à un obstacle matériel et inerte, une résistance qui de passive peut devenir active, en sorte que les malades n'y gagnent rien, au contraire. On ajoute que les aliénés écossais sont d'une nature calme et apathique, grâce à laquelle il se soumettent à des règles que les malades plus pétulants, et à individualité plus prononcée de l'Angleterre, seraient loin de supporter avec la même résignation; enfin on reproche au système d'être plus couteux que les autres.

N'est-il pas très remarquable de constater que les reproches faits, par les médecins anglais, au système écossais, sont précisément les mêmes que ceux qui sont adressés à la méthode anglaise du *no-restraint*, par les aliénistes du continent qui n'ont pas complètement adopté la doctrine de Conolly ?

Y aura-t-il lieu de s'étonner si les médecins écossais, partisans du système des asiles aux portes ouvertes, se montrent aussi peu disposés à admettre la valeur des objections de leurs collègues anglais, que ces derniers

mettent peu d'empressement à se laisser convaincre par les adversaires du *no-restraint* absolu?

Mais les faits ont plus d'importance, en pareille matière, que les raisonnements; l'expérience du nouveau système écossais n'est sans doute pas encore assez complète, ni assez ancienne, pour qu'on puisse porter sur lui une appréciation définitive. Il faut attendre que l'œuvre ait mûri pour qu'il soit possible de la juger par ses fruits.

Ce qu'il paraît cependant permis de prévoir, c'est que son application restera limitée et que, dans sa pureté, ce système pourra difficilement être généralisé. Mais, en même temps, il est probable que, d'une manière ou d'une autre, il provoquera des imitations partielles ou réduites, et qu'ainsi il contribuere indirectement à améliorer le sort des aliénés de tous les pays. C'est un motif sufisant pour qu'il soit utile d'en étudier soigneusement les principes, et d'en suivre avec intérêt l'évolution.

DU DIAGNOSTIC ENTRE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE A SON DÉBUT ET LE TORTICOLIS POSTÉRIEUR RHUMATISMAL AIGU CHEZ L'ENFANT

Par le Dr A. LEGROUX

Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Laennec

Le rhumatisme est rare chez l'enfant : il ne s'observe guère, disent la plupart des auteurs, avant la cinquième année.

Cependant, l'on cite de loin en loin des cas exception-

nels de rhumatismes articulaires aigus, survenus chez des enfants au-dessous de cet âge.

Mais, si le rhumatisme articulaire est exceptionnel entre 1 et 5 ans, en est-il de même du rhumatisme musculaire, et est-il possible de le diagnostiquer alors que le petit malade est incapable de donner l'explication, l'origine de ses cris, d'indiquer au médecin le point dont il souffre ce qui permettrait à ce dernier de localiser le mal et d'en établir approximativement la nature.

Le silence ou tout au moins le laconisme des médecins, qui ont écrit sur les maladies de l'enfance, à l'égard du rhumatisme musculaire est au moins étrange en ce qui concerne le torticolis rhumatismal aigu. Les auteurs se bornent à dire que : « le rhumatisme musculaire est très rare dans le jeune âge, bien que le torticolis s'y observe communément » ; « le plus souvent cet accident est le symptôme d'une fluxion rhumatismale sur les articulations des vertèbres cervicales » (d'Espine et Picot) ; que « du groupe de toutes ces affections que l'on réunit sous la mention courante de rhumatisme, l'enfance n'éprouve guère les effets que du rhumatisme articulaire aigu (J. Steiner) » ; ou encore, que l'on constate rarement au niveau des masses musculaires du tronc ou des membres des douleurs isolées, quoique l'on signale assez fréquemment, chez les enfants, le torticolis (Descroizilles).

Sans multiplier les citations qui seraient toutes dans le même sens, nous remarquerons encore que la plupart des auteurs qui mentionnent le torticolis rhumatismal aigu, sans le décrire d'ailleurs en détail, ne s'occupent que des douleurs qui frappent le sterno-cleido-mastoïdien et s'accompagnent de contracture de ce muscle avec déviation de la tête, et négligent absolument le torticolis postérieur. Tandis que le torticolis chronique a fourni aux chirurgiens et aux orthopédistes le sujet de

longs mémoires, le torticolis aigu est donc sommairement signalé. C'est là cependant la manifestation la plus fréquente du rhumatisme musculaire chez les enfants âgés de moins de 5 ans, et cette manifestation, quand elle se localise dans les muscles postérieurs du cou peut s'accompagner de tels accidents que l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse à son début ou d'une affection spinale cervicale, puisse légitimement se poser en certains cas. L'incertitude n'est pas de longue durée, n'existe même pas lorsque l'enfant a acquis assez de connaissance pour répondre avec précision aux questions, mais elle peut, par contre, durer plusieurs jours, quand il s'agit d'enfants très jeunes, si l'on n'a pas égard à certaines particularités que nous allons esquisser dans les pages qui suivent.

— Le 16 août 1881, j'étais appelé auprès d'une enfant de 3 ans, demeurant rue de Buffon, qui depuis la veille avait été prise de fièvre avec torpeur interrompue par des cris et des plaintes au moindre mouvement qu'on voulait lui imposer.

Cette fillette, chétive, maigre, à tissus pâle, avait eu une première dentition difficile et sans avoir jamais été gravement malade avait eu de fréquentes indispositions telles que rhumes, indigestions, diarrhées. Le moindre écart de régime, un repas trop copieux (et l'enfant avait généralement un petit appétit) étaient suivis de troubles gastro-intestinaux, facilement enrayés d'ailleurs par la diète relative et quelques laxatifs. C'était en un mot une de ces enfants de constitution débile, de tempérament lympathique qui semblait, par son extériorité, prédestinée à l'infection tuberculeuse.

Donc, le 15 août l'enfant était rentrée de la promenade avec un malaise indéfini, elle avait refusé les aliments et avait demandé à se coucher, pleurant et se plaignant sans pouvoir dire où elle avait mal.

Pendant la nuit la fièvre s'établit et s'accompagna d'un peu de subdelirium.

Lorsque je vis l'enfant, je ne constatai que de la fièvre et une irritabilité de caractère, une morosité qui ne lui étaient pas habituelles. Pas de vomissements, langue un peu saburrale, constipation datant de 36 heures ; ni toux ni dyspnée, cris et pleurs dès qu'on veut explorer les différents appareils, pra-

tiquer l'auscultation; impossibilité d'examiner la gorge, l'enfant hurlant et se pâmant dès la première tentative : d'ailleurs aucun gonflement extérieur des amygdales, pas de ganglions sous-maxillaires ou cervicaux. La peau se couvrit de sueurs pendant ma visite et l'enfant retomba dans son immobilité, dans un sommeil de fatigue dès que je l'abandonnai à elle-même. Elle repoussait du reste toute personne qu'elle voyait s'approcher de son lit et se mettait à se plaindre et à pousser des cris aigus si l'on insistait.

La mère, affolée, inclinait naturellement à penser que sa fille allait lui être enlevée par la fièvre cérébrale comme l'avait été déjà son premier enfant et elle retrouvait dans le cas présent les mêmes symptômes et la même marche.

Je ne me rendis pas à ce diagnostic avant d'avoir en main un faisceau de signes suffisant et je suspendis mon jugement.

Le 17 et le 18 août, peu de changement : même irritabilité, mêmes cris, même inappétence, pas de vomissements, fièvre irrégulière, augmentant le soir, s'atténuant dans la matinée.

La constipation avait cédé facilement à une dose de calomel. — Je remarquai seulement de plus un peu de roideur du cou et, chaque fois que je touchais la tête de l'enfant, je provoquais l'explosion de cris, de douleurs, surtout quand je voulais l'incliner en avant.

Les faisceaux supérieurs des trapèzes me parurent contracturés, douloureux au toucher, gonflés légèrement. Quelle était la part de la douleur locale et celle de l'appréhension à tout mouvement dans les plaintes de la malade, c'était là chose impossible à discerner en raison du mutisme et de l'obstination de l'enfant à ne pas répondre aux questions que je lui posais. Je fis faire, en tout état de cause, une application d'un liniment calmant à la partie postérieure du cou et un enveloppement de ouate avec taffetas gommé, en même temps que je prescrivis le sulfate de quinine dans le café noir, espérant qu'il y avait là une manifestation rhumatismale musculaire plutôt qu'une méningite.

Le 20 août, le Dr Millard vint avec moi examiner la petite P... A ce moment, la roideur du cou était des plus accusées; les muscles de la nuque contracturés ne permettaient aucun mouvement de la tête et tout attouchement de la région excitait des cris aigus. La fièvre avait persisté, avec des oscillations en plus et en moins, s'exaspérant surtout vers le soir; la peau était moite, surtout après l'examen qui avait réveillé les susceptibilités. Il n'y avait pas de photophobie vraie, point de vomissements, et, si les gardes-robes étaient rares cela tenait plus à la crainte des mouvements qu'à une constipation véritable. Le ventre n'était ni retracté ni ballonné. Enfin le sommeil quoique

agité, n'était pas interrompu par des cris hydrencéphaliques. — Le Dr Millard n'hésita pas à diagnostiquer un rhumatisme aigu de la nuque sans pouvoir localiser plus dans les muscles que dans les articulations cervicales le siège des douleurs.

Nous prescrivimes le sulfate de quinine, une seconde purgation, un vésicatoire volant occupant toute la partie postérieure du cou et l'alimentation par des potages et du lait, malgré les résistances opposées par la malade.

Ce n'est que le 26 août, c'est-à-dire onze jours après le début des accidents que la guérison s'affirma : l'enfant reprit un peu de sa gaieté, dormit mieux, ne souffrit plus pendant les mouvements de la tête. La fièvre tomba, mais la peau prit une extrême pâleur. La jeune P... ne retrouva que lentement sa santé ordinaire et resta pâle, faible, facilement fatigable jusqu'au 13 septembre malgré les toniques qui lui furent administrés (quinquina-iodure de fer). — La guérison s'est maintenue complète.

Ce fait, dans lequel les accidents du début rappelaient la presque totalité des caractères de la première période de la méningite tuberculeuse, m'a grandement servi à écarter toute crainte dans le cas suivant que j'ai observé chez Madame D..., en avril 1883.

— La petite fille de madame D..., âgée de 2 ans 1/2, fut prise sans cause appréciable et au milieu d'une santé relativement bonne, de fièvre avec sueurs, et lassitude générale, de douleurs vives pendant les mouvements de la tête avec roideur du cou, en même temps qu'un vomissement se produisait le second jour, en même temps aussi que la constipation s'établissait avec une certaine opiniâtreté. Ordinairement gaie, rieuse, l'enfant devint triste, morose, agacée, irritable, criant à tout moment dès que l'on voulait s'occuper d'elle et repoussant toute offre par un « non » trainard et plaintif.

Là encore la question du début de la méningite se posait. Toutefois l'examen attentif de la région du cou, l'étude des douleurs provoquées par les mouvements imprimés à la tête, la raideur des muscles de la nuque du côté droit et les caractères de la fièvre avec ses sueurs assez abondantes me firent écarter l'idée de la méningite et diagnostiquer un torticolis rhumatismal

aigu postérieur. L'usage du salicylate de soude à la dose de 2 grammes pris en quatre fois dans les 24 heures dans du sirop de groseilles, un liniment narcotique chloroformé, l'enveloppement de ouate et taffetas gommé, amenèrent en trois jours une détente presque complète et ne me laissa aucun doute sur la nature des accidents que j'observais. Il s'agissait bien d'une manifestation rhumatismale musculaire avec contracture survenue cette fois chez une enfant robuste et bien portante et non comme dans le premier cas chez un sujet dont la débilité native avait prolongé et aggravé la maladie.

Dans un troisième cas, nous allons voir le torticolis postérieur rhumatismal aigu se présenter par deux fois, à deux ans d'intervalle chez un garçon de 3 ans, et offrir pendant la première attaque une symptomatologie simutant le début d'une méningite.

Le jeune T..., demeurant rue Blanche, enfant de petite complexion, né de parents tous deux arthritiques avérés, blond, à peau blanche et pâle, ayant subi pendant son allaitement de nombreux changements de nourrices, dont la dentition avait été accompagnée de convulsions, de diarrhées ou de bronchites graves, tombe malade le 13 février 1883. Je le vois le lendemain et voici ce que je constate : décubitus latéral gauche, les yeux tournés vers l'obscurité, fièvre, pouls à 120, température à 39°, prostration, refus d'aliments ou de boissons, tristesse, cris et agacement dès que l'on approche; vomissement la veille vomissement le matin, constipation depuis 24 heures. La nuit a été agitée; des cris ont été poussés sans cause apparente. Les caresses du père et de la mère sont repoussés avec colère; tout changement de position que l'on veut faire est accompagné de cris douloureux.

Il y avait bien là des motifs nombreux de craindre, chez un enfant ayant déjà eu des convulsions, chétif et malingre, l'invasion d'une méningite, d'autant que les parents déclaraient que depuis quelque temps l'enfant avait perdu tout le bénéfice de son séjour à la campagne dans la saison précédente, qu'il pâlissait et perdait depuis quelque temps son appétit et son entrain. Je m'assurai qu'il n'y avait ni mal de gorge, ni otite, ni bronchite, et je réservai mon diagnostic.

Une dose de calomel resta sans résultat : il fallut, après une lutte qui, paraît-il, fut des plus pénibles, administrer un lavement purgatif pour obtenir le 15 février une première garderobe.

Pendant ces deux jours, l'enfant avait conservé la même contenance : irritable à l'excès, refusant tout, se pelotonnant dans son lit loin de la lumière, criant parfois au milieu d'un repos apparent; la tête renversée en arrière, en opisthotonos, la face pâle, les yeux fixes. L'idée de la méningite possible prenait plus de vraisemblance, mais j'observais quelques signes contradictoires tels que la moiteur de la peau, la régularité et la vivacité de pouls, la non-rétraction de l'abdomen, la disparition des vomissements du début : de plus je constatai que les mouvements imprimés à la tête éveillaient toujours de vives douleurs lorsque j'inclinais la tête vers l'épaule droite ou en avant, tandis que l'inclinaison inverse, c'est-à-dire en arrière ou vers l'épaule gauche étaient plus facilement tolérée. Les faisceaux musculaires de la nuque du côté gauche, fibres supépérieurs du trapèze, du grand complexus, formaient une saillie dure, douloureuse sous la peau.

Le traitement par le sulfate de quinine, par les purgatifs et surtout par un vésicatoire à la nuque amenèrent en 8 jours la guérison totale.

Le 1er janvier 1885, le même enfant ayant fait une longue série de visites avec ses parents, transporté dans une voiture dont il occupait la banquette de devant, reçut pendant quelques heures à la partie postérieure de la tête le léger courant d'air glacial que laissaient passer les fenêtres mal jointes du devant de la voiture.

Le lendemain, l'enfant avait de la fièvre, refusait l'alimentation; resta dans son lit, couché sur le côté gauche, pleurant à tout propos, mais cette fois il indiquait nettement qu'il avait mal au cou et soutenait sa tête avec la main gauche pour en assurer l'immobilité, et éviter toute secousse dans les muscles postérieurs gauches de la nuque.

Instruite par l'accès déjà observé, la mère appliqua le liniment chloroformé et de la ouate, et purgea l'enfant. La persistance de la fièvre l'engagea cependant à m'appeler le 5 janvier. Je trouvai alors le jeune T... dans un état moins grave que la première fois : le pouls cependant battait 120, la température était de 38.6, la peau était humide. La langue était saburrale. Pas de vomissement, inappétence, pas de constipation véritable. L'examen du cou me révéla les mêmes signes précédemment signalés : contraction des muscles postérieurs très douloureux dès qu'on cherchait à les distendre par l'entraînement de la tête dans la position opposée; le muscle sterno-mastoïdien

n'est pas plus atteint que dans les autres cas relatés plus haut : il est flasque, non douloureux.

Trois grammes de salycilate pendant trois jours, un nouveau purgatif au calomel, des cataplasmes chauds à la nuque sont prescrits, et le 8 janvier je vois l'enfant levé, jouant avec entrain, déclarant qu'il ne souffrait plus, ayant cependant encore un peu de raideur de cou, sans fièvre, et ayant déjeuné de bon appétit.

Ce dernier accès, plus franc que le premier, avait été dégagé de toutes les difficultés du diagnostic et de tout retentissement nerveux grave, d'une part, parceque l'attaque a peut-être été moins sévère, d'autre part parce que l'enfant plus âgé était plus maître de ses réflexes et était devenu capable de nous renseigner sur la localisation de ses douleurs.

Ces cas de torticolis postérieur rhumatismal aigu ne sont certainement pas rares : chez l'enfant déjà grand, le diagnostic est facile et c'est pour cela que les livres n'en font presque pas mention.

M. Delore (de Lyon) a cependant démontré la fréquence du torticolis postérieur chronique dans un fort intéressant article publié en 1878 dans la *Gazette hebdomadaire* (pages 167 et 178) et il n'hésite pas à rattacher certains cas au passage à l'état chronique des contractures rhumatismales aiguës du trapèze surtout ou du complexus. Cet éminent chirurgien des hôpitaux de Lyon, revendique pour les muscles postérieurs, à l'exclusion du sterno-mastoïdien, une part importante dans la production de certains torticolis et il démontre par plus de quinze observations prises chez des enfants de 7 à 18 ans, l'existence de ces torticolis postérieurs chroniques provoqués tantôt par un rhumatisme aigu de la région, tantôt et plus souvent par un traumatisme, ou encore consécutifs à une angine, à des arthrites ou adenites cervicales, etc. Pour ma part, je n'ai observé chez mes petits malades aucune lésion musculaire consécutive.

Mais si le torticolis postérieur aigu est facile à reconnaître chez l'adolescent, il devient d'un diagnostic fort délicat chez les très jeunes enfants ainsi qu'on a pu le voir par mes observations. Ce torticolis est bien de nature rhumatismale : en effet, le froid et surtout les courants d'air frappant la partie postérieure du cou trop souvent à découvert chez ces enfants en est la cause principale. D'autre part, la rapidité d'apparition, les caractères de l'état fébrile avec ses oscillations, la tendance à la moiteur en même temps que la décoloration rapide de la peau (*fibris pallida* des anciens), enfin la douleur excessive provoquée par les mouvements volontaires, involontaires ou communiqués, la roideur des muscles de la nuque de l'un et plus rarement des deux cotés à la fois, la marche rapide des accidents, la guérison le plus souvent complète sans lésions consécutives, la réapparition chez un même sujet arthritique du même mal, enfin la lenteur de la convalescence et la faiblesse qui la caractérise, tout cela plaide en faveur du rhumatisme aigu et du rhumatisme musculaire. Ajoutons une dernière preuve, qui n'est pas la moins puissante, c'est l'efficacité constante de la médication antirhumatismale (sulfate de quinine, salicylate de soude associés à un traitement local calmant ou dérivatif).

La localisation de ce torticolis aigu dans les muscles de la nuque à l'exclusion du sterno-mastoïdien, imprime des caractères spéciaux qui le différencie du torticolis vulgaire : l'immobilisation de la tête en opisthotonos plus ou moins accentué, les cris, les pleurs, le changement de caractère, les douleurs très vives aux moindres mouvements, les susceptibilités réflexes qu'elles éveillent chez les très jeunes enfants, etc..., constituent chez eux un complexus symptomatique pouvant simuler d'une manière surprenante la méningite tuberculeuse à sa première période. Le médecin peut être d'autant

plus entraîné vers ce dernier diagnostic que l'entourage ne se fait pas faute de le lui insinuer et de l'appuyer sur des considérations vraisemblables.

Rappelons, en terminant ce court aperçu sur le torticolis postérieur rhumatismal aigu, que ce n'est pas la seule manifestation morbide qui puisse, chez le jeune enfant, simuler pendant quelque temps la méningite tuberculeuse parfois si discrète en ses débuts. Trousseau a suffisamment raconté les erreurs auxquelles l'otite moyenne, certaines angines peuvent donner lieu.

Aussi peut-on poser comme une loi de clinique infantile qu'il faut, en face d'accidents fébriles accompagnés de changement de caractère, d'abattement interrompu par des cris ou des pleurs inexpliquées, par la perte absolue de l'appétit, qu'il faut toujours chercher dans la gorge, dans l'oreille et aussi dans les muscles postérieurs du cou la raison de ce complexus symptomatique provoqué par une douleur excessive dont le malade trop jeune ne peut indiquer le siège.

DE LA FOLIE CONSÉCUTIVE
AU CHOLÉRA

Par M. B. BALL

L'influence des affections de l'appareil digestif sur le développement de l'aliénation mentale est un fait depuis longtemps reconnu. De nombreux travaux sont venus, depuis plus d'un demi-siècle, la mettre en lumière.

Mais s'il est universellement admis que la fièvre typhoïde, l'entérite et les lésions chroniques du tube intestinal occupent une place légitime parmi les causes des maladies mentales, le choléra ne semble guère avoir

attiré sous ce rapport l'attention des aliénistes. L'immense importance des problèmes que soulève au point de vue de l'hygiène, de la prophylaxie et du traitement, cette terrible maladie, expliquent assez le silence dédaigneux des auteurs, du moins depuis 1866, car avant cette époque, on rencontre encore quelques travaux disséminés de loin en loin, dans les divers recueils de médecine ou de psychiatrie.

Il est vrai que pendant seize ans, l'Europe occidentale a été préservée par de sages mesures des atteintes du choléra ; mais aujourd'hui, nous pensons que les épidémies qui se sont développées dans divers asiles d'aliénés, soit en France, soit en Italie, rappelleront l'attention sur ce sujet presque complètement abandonné.

Quoiqu'il en soit, la littérature médicale contemporaine est à peu près muette sur ce point : et c'est ce qui ajoute, nous le croyons du moins, quelque intérêt aux faits cliniques que nous allons rapporter.

Observation I. — *Délire violent éclatant chez un alcoolique, au sixième jour d'une attaque de choléra.*

P. âgé de 38 ans, cartonnier, est entré à l'asile Sainte-Anne, le 28 novembre 1884.

Cet homme d'une taille moyenne, d'une apparence vigoureuse, d'un tempérament sanguin, a joui d'une assez bonne santé depuis l'âge de quatorze ans.

A cette époque, il aurait eu une fièvre typhoïde, dont il a parfaitement guéri, et qui ne paraît point avoir laissé de traces.

En 1870-71, il a servi pendant toute la durée de la guerre dans la garde mobile, et seul de son bataillon, n'a jamais été un instant malade.

C'était donc un homme d'une vigoureuse santé, malgré quelques excès alcooliques, qu'il avoue sans la moindre réticence. Il fait observer, d'ailleurs, qu'il ne buvait jamais que du vin rouge, et ne faisait jamais usage de vin blanc ni de liqueurs.

Sorti de l'armée après la guerre, il a travaillé régulièrement à son métier. Il habitait chez son patron. Aucune maladie n'est venue interrompre le cours de ses occupations jusqu'à la fin de l'année dernière.

Le 11 novembre 1884, il est pris, au milieu d'une santé parfaite en apparence, de crampes d'estomac, suivies de diarrhée et de vomissements. Ces symptômes vont en s'aggravant jusqu'au 18 novembre. A ce moment, frappé d'une attaque de choléra très intense, il est transporté sur un brancard à l'Hôtel-Dieu, et placé dans le service de M. le Dr Empis.

La maladie suivait une évolution favorable, et le sujet était en pleine période de réaction, lorsque le 24 novembre il fut pris d'un délire violent.

Une soif intense aurait marqué le début de cet épisode, au dire du malade. Immédiatement après, le délire éclate avec la plus grande intensité. P... se précipite sur les piliers de la salle, et semble vouloir les ébranler : en réalité, pris d'un vertige soudain, il croyait les voir se pencher; la salle lui paraissait être sur le point de s'écrouler : il voulait le remettre en équilibre.

Quelques instants après, il se met à injurier la sœur de charité, ainsi que les autres malades. Il se figurait que son patron, qu'il voyait distinctement, était venu s'associer avec la religieuse du service, pour installer à l'Hôtel-Dieu un vaste atelier de cartonnage, dans lequel il était lui-même employé. Les autres malades étaient des contre-maitres, ils lui donnaient des ordres, qu'il ne voulait pas accepter : de là ses colères et ses violences.

Faute de moyens contentifs appropriés, il fallut l'attacher avec des serviettes. Le lendemain, il fut transporté à l'Asile Sainte-Anne, où pendant trois jours il fut placé en observation dans le service de M. le Dr Dagonet (1).

Pendant les trois jours qu'il a passé dans ce service, il offrait des hallucinations manifestes de la vue et de l'ouïe; il était absolument privé de sommeil, et se livrait à des actes désordonnés. — Le 28 novembre, il est entré à la clinique.

Le délire, à ce moment, avait beaucoup diminué d'intensité. Le sommeil était revenu, quoique très imparfaitement : il faisait des rêves pénibles, il voyait des animaux, et présentait un léger degré de tremblement des mains.

Ces symptômes se sont rapidement atténués, et au bout de quelques jours, le malade, parfaitement rendu à la raison, rendait compte des faits qui avaient motivé sa séquestration, et reconnaissait qu'il avait eu, à la suite de son attaque de choléra, un accès de délire passager.

Il a quitté l'Asile le 9 décembre 1884.

(1) Pendant l'épidémie cholérique de 1884, les aliénés entrants à Sainte-Anne étaient placés en observation dans un service spécial, confié à M. le Dr Dagonet. Ils n'étaient transférés dans les autres salles que lorsque tout soupçon de choléra pouvait être écarté.

Nous sommes ici en présence d'un accès de délire, chez un alcoolique, survenu brusquement à la période de réaction d'une violente attaque de choléra.

Si l'on réfléchit que cet homme, doué d'une santé exceptionnellment vigoureuse ; n'avait jamais offert jusque-là le moindre trouble intellectuel : si l'on tient compte de l'évolution de la maladie et de la marche des symptômes, on sera conduit à reconnaître que l'alcoolisme avait préparé le terrain, mais que le choléra avait été la cause déterminente de l'accès, qui s'est développé à la fin de cette maladie, et s'est prolongé pendant quinze jours.

Le choléra a été considéré comme une cause d'aliénation mentale, par Müller de Riga (1), Krempin (2), et quelques autres observateurs : enfin, un mémoire assez court, quoique rempli de faits intéressants a été publié par M. Delasiauve en 1849, dans les *Annales Médico-psychologiques,* sur l'influence du choléra sur la production de la folie.

Dans un intéressant travail sur le choléra de 1865, mon excellent ami, le Dr Mesnet, a réuni des faits très intéressants, qui se rapportent au même ordre d'idées. Nous y reviendrons un peu plus loin (3).

Par contre, on a vu des aliénés revenir à la raison, à la suite d'une attaque de choléra. Des faits très intéressants de ce genre ont été publiés par Woillez (4) et Lenbuscher (5). D'après ce dernier observateur, les guérisons de ce genre sont fragiles et de peu de durée.

Quant aux accès de folie produits par l'épidémie cholérique, ils présentent dans la plupart des cas la forme d'une manie avec excitation plus ou moins aiguë : ils

(1) Beitrage zur Heilkunde, Riga, 1849.
(2) Allg. Zeitschr : für Psych.. B. V, p. 677.
(3) Mesnet : *Archives generales de Médecine*, février et mars 1866.
(4) *Annales Médico-psychologiq.*, 1851, page 26.
(5) Allg. Zeitschrift für Psych. B. V, p. 178.

offrent un pronostic favorable, et la guérison, en général, ne se fait pas longtemps attendre. Le malade, dont nous venons de rapporter l'observation, paraît rentrer à tous ces égards dans le cadre habituel.

On ne saurait être surpris de l'influence exercée par le choléra sur les perturbations intellectuelles. Sans parler de la profonde secousse imprimée à l'organisme tout entier par une maladie d'une pareille violence, ne sait-on pas que les affections du tube digestif ont une part importante dans la production de la folie ? Il y aurait plutôt lieu de s'étonner que les observations de ce genre soient si peu nombreuses et qu'il y ait une telle pénurie de travaux sur ce sujet.

Nous allons maintenant reproduire les deux observations de M. Mesnet.

L'auteur fait observer que la période de réaction présente souvent, chez les alcooliques, des phénomènes insolites : il poursuit en ces termes :

OBSERVATION II. — *Delirium tremens, à la période de réaction du choléra.*

Chez trois d'entre eux, nous avons pu constater, presque dès l'entrée, un cortège de symptômes simulant presque un état inflammatoire. L'un entre autres, pris de vomissements et de diarrhée depuis cinq jours, se présenta à nous le sixième jour avec la peau chaude, largement sudorale, le pouls à 108, la physionomie animée, etc...; il n'avait du choléra que les vomissements, les selles et les crampes, il n'en eut jamais ni le refroidissement, ni la cyanose. Puis, vers le dixième jour, son intelligence, jusque-là restée nette, se prit à son tour; ce n'était plus la lenteur des conceptions de nos cholériques à la période algide, c'était au contraire de la loquacité, de l'incohérence dans les idées, puis bientôt des hallucinations de la vue qui devenaient plus impérieuses le soir, s'exagéraient pendant la nuit, et tendaient à disparaître le matin. Sous leur influence, le malade se levait, cherchait à sortir de la salle, ne sachant ce qu'il faisait, ni où il était : ses mains étaient tremblantes, sa démarche indécise, son regard incertain et hébété. Il resta trois jours ainsi, après lesquels d'abondantes sueurs apparurent comme une sorte de crise, et il entra dans la convalescence franche.

Ce fut là un véritable accès de delirium tremens, qui peut à bon droit, il nous semble, être rapproché des troubles cérébraux d'origine alcoolique, observés dans certaines formes de pneumonie. Deux autres cas, où la terminaison ne fut pas moins heureuse, nous présentèrent les mêmes accidents développés sous la même influence : chez tous les trois la réaction mit en évidence les symptômes habituels de l'intoxication alcoolique. Ajoutons cependant que dans ces trois cas, nous n'avons point eu affaire à des individus dont la constitution était épuisée par des excès, c'étaient des hommes jeunes, vigoureux, bien loin par conséquent de tout état cachectique, et qui trouvèrent dans l'excitation produite par l'alcool les éléments mêmes d'une réaction hâtive.

Observation III. — *Délire impulsif et suicide, dans la convalescence du choléra.*

Guédon, 21 ans, terrassier, était entré à l'hôpital pour un choléra légér ; sa constitution était robuste, il n'avait jamais été malade, ne faisait point habituellement d'excès.

Dans la convalescence de son choléra, ce jeune homme fut pris brusquement, sans cause apparente, le 7 novembre, de contracture très marquée des fléchisseurs des doigts et des orteils, d'un léger trismus et d'une rétention d'urine liée vraisemblablement à la contracture du sphincter vésical. Les jours suivants, il eut une fièvre intense, la rétention d'urine persistait, bien que la tétanie eût sensiblement diminué. L'intelligence était complète.

Dans la nuit du 11 au 12 novembre, il eut quelques rêvasseries et un peu de bavardage. Le 12 au matin, son facies était altéré ; le soir, nous le trouvâmes avec une agitation très grande, une fièvre violente, une rougeur vive de la face ; il ressentait des douleurs atroces, lancinantes dans tous les membres, dans le thorax, surtout dans la région dorso-lombaire, en même temps que quelques fourmillements dans les mains et dans les pieds. Mais les fonctions cérébrales étaient absolument conservées.

Le 13, même état ; nous craignons une méningite spinale, et nous prescrivons vingt ventouses scarifiées le long du rachis, en même temps que nous donnons l'opium à haute dose. Après l'application des ventouses, qu'il supporta patiemment, il sembla éprouver du soulagement ; quand tout à coup, dans un accès de délire subit, il saisit sur sa table de nuit son urinoire de plomb, et comme un furieux se frappa à coups redoublés sur la région du sinciput. Les malades voisins se précipitent sur lui, ont grand'peine à le maintenir dans son lit ; il lutte, se récrie, en disant qu'il veut se tuer. Un quart d'heure après cette tentative de suicide, le calme était revenu, et il

était sorti de ce désordre intellectuel aussi brusquement qu'il y était entré. Il n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé, et demeurait étonné quand on lui racontait l'acte insensé qu'il avait commis.

Au sinciput existaient six plaies tranversales, au fond desquelles l'os était à nu. Le surlendemain apparut un érysipèle à la racine du nez, très-loin des plaies qu'il s'était faites. L'érysipèle prit une grande extension les jours suivants, se compliqua de coma, et le malade mourut.

Que s'était-il passé du coté du système nerveux ? Comment ce jeune homme était-il arrivé à l'impulsion du suicide ?

L'autopsie ne nous révéla aucune trace de méningite, ni vers le cerveau, ni vers les membranes de la moelle; pas même de plaques rosées comparables à celles que nous avons décrites précédemment. Tout l'axe cérébro-spinal avait conservé sa couleur et sa consistance. Nous ne trouvâmes que l'état piqueté, sablé de la substance cérébrale; et cette lésion anatomique que nous avons tant de fois constatée dans l'affection connue sous le nom de *délire aigu* des aliénés, nous expliqua jusqu'à un certain point l'impulsion aveugle à laquelle Guédon dut obéir; ce ne fut pas chez lui autre chose qu'un accès de fureur maniaque qui eût pu tout aussi bien se traduire par des impulsions homicides. Vouloir expliquer ce fait par de la méningite, ce serait ne pas l'interpréter à sa juste valeur: il y eut quelque chose de plus que nous ne saurions séparer de la contracture elle-même, et il se passa du côté du cerveau ce qui du côté de la moelle se trahissait par la tétanie.

En présence d'un pareil acte, il était intéressant de rechercher si les prédispositions antérieures, héréditaires ou acquises, jusque-là méconnues, n'avaient point préparé l'explosion. L'épileptique a de ces fureurs; l'alcoolique, qui lutte contre d'imaginaires ennemis ou se voit poursuivi par des flammes menaçantes, cherche aussi parfois à se suicider. Guédon ne subissait aucune de ces influences; la folie n'existe pas dans sa famille, il ne compte pas d'épileptique parmi ses ascendants, lui-même n'a jamais fait d'excès. Nous avons donc été en présence d'un acte isolé, sous la dépendance évidente d'un état cérébral particulier, qui, s'il n'appartient pas au choléra, a été certainement préparé par lui.

Obs. IV. — *Délire mystique à la suite d'une attaque de choléra, communiquée par M. Hanot.*

X... âgée de 31 ans, couturière entre dans le service des cholériques à l'hôpital Tenon, le 9 novembre 1884.

Elle a présenté les premiers symptômes de la maladie le 2 novembre. A son entrée à l'hôpital la situation est sérieuse, mais on peut porter un pronostic favorable. En effet, dès le

14 novembre, la plupart des manifestations morbides ont disparu et la malade entre en convalescence.

Ce jour-là même éclate une complication d'autant plus inattendue, que l'enquête préalable avait établi que la malade n'était ni hystérique ni alcoolique.

On avait remarqué que pendant toute la journée, la malade tenait presque constamment la tête sous les draps, refusant de prendre toute nourriture.

Dans la nuit, vers une heure du matin, elle quitta brusquement son lit, se mit à genoux sur le parquet, s'accusant d'être une misérable d'avoir commis toutes les fautes, de mériter l'enfer. Elle réclamait à grands cris un prêtre, ne voulant pas mourir sans absolution.

Un prêtre fut appelé en effet qui tenta de la rassurer; après son départ, la malade se livra aux mêmes accès de désespoir et de divagation.

Les conceptions délirantes évoluaient toujours dans le même cercle : c'était toujours le même sentiment de terreur, de remords, de nécessité d'obtenir le pardon pour ses fautes imaginaires que d'ailleurs elle ne précisait pas. Il y avait là, encore une fois de véritables accès, qui se calmaient plus ou moins longtemps pour reprendre sous la même forme et avec la même intensité.

Il ne parait pas qu'elle ait eu de véritables hallucinations.

Le lendemain matin, à la visite, elle est plus calme, la face exprime encore la tristesse et un certain degré d'hébétude.

Pendant le reste de la journée elle est assoupie. Vers le soir l'agitation recommence mais moins vive que la veille, par instant, la malade gémit, répétant ! « Oh! mon Dieu... » et se cachant le visage dans les mains.

La nuit se passe ainsi.

Le 16 novembre, à la visite le calme a reparu ; la malade qui la veille répondait à peine aux questions qu'on lui posait, cause volontiers, parait ne se rappeler que très imparfaitement ce qui s'est passé et se déclare très rassurée.

Demi-somnolence dans la journée. Pendant la nuit, cauchemar pendant lequel la malade parle haut et veut sortir de son lit. On la réveille, elle se rendort pour s'agiter à nouveau quelque temps après.

Les jours suivants, il ne reste plus qu'un peu d'obsession intellectuelle, et d'agitation nocturne.

M^me^ C... quitte l'hôpital complètement guérie le 24 novembre 1884.

L'observation de M. Hanot nous montre un délire parfaitement caractérisé, avec prédominance d'idées

mystiques, chez une femme qui n'avait point d'habitudes alcooliques, point d'antécédents hystériques.

Il s'agit donc bien de troubles intellectuels survenus sous l'influence directe du choléra. Mais leur durée a été courte. Il n'en est pas de même dans l'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Lacombe, médecin de l'hôpital Ténon, et de son interne, M. Paul de Molènes.

Observation V. — *Délire violent, avec excitation génitale très intense, développé brusquement à la suite d'une attaque de choléra.*

F..., âgé de 53 ans, apprêteur, demeurant rue de Charenton, entré le 8 novembre 1884 à 11 heures du soir, salle Tenon, lit nº 8, service de M. le Dr Lacombe.

Les renseignements qu'on a pu recueillir auprès de son patron, sont les suivants :

C'était un excellent ouvrier, travaillant depuis 18 ans dans la même maison (apprêteur pour étoffes), nullement alcoolique, très régulier dans ses habitudes, vivant depuis cinq ans avec une femme qui a confirmé ces détails. Il était assez taciturne, mais parfois s'excitait à parler, devenant alors très loquace.

Dix jours avant son entré à l'hôpital, il avait, un soir, été rencontré par des rôdeurs qui l'avaient complètement dévalisé (montre et argent) et l'avaient laissé à demi-mort. Il n'était rentré à l'atelier que trois jours après, et depuis cette attaque nocturne était souffrant, fatigué et plus taciturne que jamais. Il avait en outre une peur très grande du choléra, dès que celui-ci avait fait son apparition à Paris. Aussi, quand le 8 novembre, on ne le vit pas venir, on alla prendre des nouvelles chez lui où l'on apprit qu'il avait été transporté comme cholérique à l'hôpital Tenon.

Le malade a été pris brusquement dans la nuit du 7 au 8 novembre, de diarrhée intense, puis de vomissements et enfin de crampes dans les membres inférieurs qui ont persisté jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital, c'est-à-dire le 8 à 11 heures du soir, mais ont diminué dans la nuit du 8 au 9.

Le 9 au matin, algidité légère, cyanose périphérique, soif vive, diarrhée blanche peu abondante, pouls petit mais perceptible, anurie.

Elixir parégorique trente gouttes ; rhum et thé.

Le 10. — État meilleur; cinq selles hier et deux vomissements.

Le 11. — État encore meilleur, trois selles bilieuses hier, pas de vomissements. Pas d'algidité, légère quantité d'albumine non rétractile dans l'urine.

Potages, vin de Bagnols.

Le 12 novembre. — La diarrhée reparait, assez abondante, jaunâtre et fétide : inappétence, pouls très petit; abattement assez considérable.

6 grammes de salicylate de bismuth.

Le 13. — État stationnaire, pas de vomissements, la diarrhée persiste (8 selles hier).

Injections sous-cutanées de citrate de caféine (0,50 cent.).

Le 15. — Amélioration légère ; 3 selles hier.

Le 16. — Pas de diarrhée hier; même traitement, mais 4 gr. de salicylate de bismuth seulement.

Le 17. — État plus satisfaisant ; suppression du traitement ; bouillon, potages, œufs.

Du 17 au 25. — Le malade s'est rétabli lentement et est revenu à l'état à peu près normal. Il mange bien mais est toujours un peu déprimé et taciturne.

Le 26 novembre. — Le malade a passé une très bonne nuit ; le matin il se lève et s'habille comme de coutume. Il se promène pendant quelque temps dans la salle sans présenter de phénomène particulier, Tout à coup il se dirige vers l'infirmier et lui dit : « Je suis Dieu, la vie, la résurrection etc. », en gesticulant d'une façon désordonnée. L'infirmier veut le maintenir et le calmer : survient la surveillante ; le malade s'élance violemment sur elle pour l'embrasser ; elle se sauve, il court après elle, et rencontrant des infirmières, il les embrasse et cherche à relever leurs jupons. Maintenu par les infirmiers, il déclare qu'il veut envoyer une dépêche chez lui. On lui promet qu'il pourra le faire plus tard, il se calme.

A la visite nous le trouvons couché et ne répondant à nos questions que pour demander des médicaments calmants, disant que si nous ne lui en donnons pas, sa folie va le reprendre. Il semble avoir conscience de son état et honte des actions qu'il vient de commettre.

Bromure de potassium 4 gr.

Toute la journée il se promène dans la salle ne disant rien ; mais vers 5 heures et demie, il veut s'en aller disant qu'on veut lui faire du mal, et que si on ne le laisse pas partir, sa folie va le reprendre. Puis il cherche encore à embrasser surveillantes et infirmières. Le soir il dîne bien, se couche et s'endort.

Du 27 novembre au 2 décembre, c'est-à-dire jusqu'à son transfert à Sainte-Anne, les phénomènes de manie érotique ont été en s'accentuant de plus en plus. Ne pouvant atteindre les

filles de salle, il s'est jeté brutalement sur les garçons, on a dû lui mettre la camisole de force, pour l'empêcher de se livrer sur lui-même à des attouchements répétés.

Bientôt il n'a plus répondu aux questions; il passait son temps à dire et à chanter des obscénités, ou à proférer des discours absurdes, les mots de Dieu, vie, mort, soleil, résurrection, revenaient à tous moments. Quand il ne disait rien, il grinçait des dents, et sa figure prenait le masque d'un satyre. Les yeux sont rentrés dans l'orbite, comme au moment de la première invasion des phénomènes cholériques.

Les fonctions digestives s'accomplissaient bien; mais la diarrhée persistait, légère il est vrai, mais très fétide.

Le pouls est demeuré petit, filiforme. Enfin, au moment de son transfert à Sainte-Anne, les fonctions intellectuelles étaient absolument bouleversées.

A son arrivée à Sainte-Anne, le malade a fait un séjour de dix jours au Bureau d'Admission; puis, le délire ayant persisté, il a été transféré, le 12 décembre, à l'Asile de Ville-Évrard. Au moment de son départ, il était sensiblement dans le même état.

L'observation qu'on vient de lire est la plus complète de toutes celles que nous avons pu recueillir. En effet, le malade, libre de toutes habitudes alcooliques, n'avait jamais présenté le moindre dérangement des facultés intellectuelles. Le délire, après avoir brusquement éclaté, s'est maintenu pendant un temps assez considérable, et le malade, après un séjour de plus d'une semaine à Sainte-Anne, a été transféré à Ville-Évrard.

On voit donc que le choléra, s'il ne produit que des délires transitoires dans la plupart des cas, peut cependant déterminer de véritables accès de folie, qui se prolongent pendant un espace de temps plus ou moins considérable.

Les troubles psychologiques sont-ils liés ici à des lésions organiques ? Le fait observé par M. Mesnet semblerait le prouver. D'ailleurs, on a souvent constaté, à l'autopsie des cholériques, non seulement des congestions de la surface des hémisphères, mais encore des

méningites, des hémorrhagies et d'autres altérations grossières, soit de l'encéphale soit de la moelle épinière

Nous recommandons donc ce sujet intéressant, et sur lequel il existe peu de documents, à l'attention de nos collègues des asiles.

L'épidémie de 1884, qui a sévi avec une si grande intensité à Toulon et à Marseille, aura peut-être permis à quelques-uns d'entre eux de combler dans une certaine mesure la lacune que présente l'étude de la folie dans le choléra.

ARCHIVES CLINIQUES

UN CAS DE CLOISONNEMENT TRANSVERSAL DU VAGIN

OBSERVÉ CHEZ UNE IMBÉCILE

Par le Dr H. GILSON

Chef de clinique de la Faculté de médecine

Il y a quelques semaines, nous observions chez une des malades soumises à nos soins un cloisonnement transversal incomplet du vagin, d'origine congénitale. En faisant quelques recherches à ce sujet, nous avons pu voir que cette anomalie était rare et méritait d'être publiée. C'est cette observation que nous présentons aux lecteurs de l'*Encéphale*, en la faisant suivre de quelques commentaires.

M... Désirée Athénaïs, 18 ans, blanchisseuse, entrée à l'asile Sainte Anne (service du professeur B. Ball), le 27 février 1884.

Antécédents héréditaires. Grand père et grand'mère paternels inconnus. Grand père maternel mort à 54 ans. Avait,

paraît-il, des attaques de nerfs. Alcoolique. Grand'mère maternelle, âgée de 61 ans, bien portante. Père mort à 22 ans, de tuberculose pulmonaire; était sobre. Mère, âgée de 36 ans, bien portante. Caractère nerveux et instincts grossiers. Tante (sœur de la mère), hystérique ou hystéro-épileptique.

Pas de maladie pendant l'enfance. Cependant était très sujette à des épistaxis très violentes.

A été à l'école depuis l'âge de 4 ans jusqu'à l'âge de 12 ans. N'a jamais pu apprendre à lire, ni à écrire. Les parents l'ont mise en apprentissage à plusieurs reprises, mais ses patrons n'ont jamais rien pu obtenir d'elle, tant à cause de son inintelligence qu'en raison de ses mauvais instincts. A peine avait-elle commencé à marcher (vers l'âge de 3 ans), qu'elle se masturbait, en se frottant les cuisses l'une contre l'autre. Elle était renvoyée de partout; car elle se masturbait dans l'atelier et elle enseignait la même habitude à ses compagnes. A l'âge de 13 ans, se met à courir après les hommes; elle reconnait avoir eu des rapprochements sexuels répétés. Caractère inégal et méchant. Incapacité d'apprendre aucun métier. Tendance au mensonge et à la dissimulation. Depuis son séjour à l'Asile, on est obligé d'empêcher M... de sortir du quartier; car elle dérobe différents objets, des aliments, des sous, etc.

Réglée pour la première fois le 10 novembre 1884. Le 12 décembre, nous lui prescrivons une cueillerée de sirop d'iodure de fer et deux capsules d'apiol tous les jours. Apparition des règles le 24 décembre 1884. Le pubis et les grandes lèvres sont absolument glabres. Les grandes lèvres sont peu développées et béantes. Le clitoris est normalement développé. La membrane hymen est détruite et l'on constate de chaque côté la présence de caroncules myrtiformes peu développés. Le doigt, introduit dans le vagin, rencontre à cinq centimètres et demi de la vulve une cloison résistante, de consistance fibreuse et présentant dans sa partie centrale un orifice étroit. Il est impossible par le toucher vaginal de sentir le col de l'utérus. L'orifice de cette cloison laisse pénétrer une sonde cannelée, et celle-ci pénètre d'un centimètre et demi environ avant de rencontrer une résistance. Par le toucher rectal, on constate la présence du col de l'utérus à un centimètre ou un centimètre et demi au-dessus de la cloison transversale du vagin. M.. n'a jamais eu d'enfant.

Cheveux rouges. Oreilles bien conformées. Poids (le 10 janvier 1885) 53 kilos 500. Taille 1m47. Angle facial de Camper 76 °. Diamètre antéro-postérieur maximum de la tête 17,4. Diamètre transversal maximum de la tête 14,8. Voûte palatine bien conformée. A gauche, développement moins considérable des arcades dentaires.

Le point intéressant de cette observation consiste, on le voit, dans la présence d'une cloison transversale du vagin située au-dessous de l'hymen et certainement d'origine congénitale. Les cas semblables à celui qui nous occupe ont été signalés çà et là dans la science et l'on peut lire dans la thèse de Delaunay (1), l'historique complet de la question. Déjà, vers le v^e ou vi^e siècle après Jésus-Christ, Aétius d'Amide avait fixé son attention sur les atrésies des voies génitales de la femme et nous trouvons dans Dalechamps (2) une traduction d'un passage de cet auteur, qui nous a paru très explicite. Nous demandons la permission de reproduire ce passage :

« Aucunes, dit-il, de naissance, n'ont point la nature percée, et ce en trois manières : à d'aucunes s'engendre une carnosité ou membrane qui la bouche aux abords d'icelle ; à d'aucunes, dans la capacité sinueuse de cette partie ; à d'aucunes, près l'orifice de la matrice. »

A différentes époques apparaissent des observations isolées de cloisonnement transversal du vagin d'origine congénitale, observations réunies avec soin dans la thèse de Delaunay, qui constitue le premier travail d'ensemble paru sur le sujet. En 1877, le nombre des observations éparses dans la science était encore bien restreint ; car c'est à peine si Delaunay a pu réunir dans son mémoire une quarantaine de cas. Après le travail de Delaunay, nous trouvons signalée une observation de Taylor (3). Plus récemment enfin, la question a été reprise par le professeur Laroyenne (de Lyon) et son élève Jules

(1) Jacques Victor Delaunay. *Etude sur le cloisonnement transversal du vagin, complet et incomplet, d'origine congénitale.* Thèse de Paris, 1877, n° 46.

(2) Dalechamps. *Chirurgie franç.* Lyon, 1570, p. 430.

(3) Isaac Taylor. *Atresia of the vagina congenital or accidental, in the pregnant or non-pregnant female (Trans. of the Americ. gyn. Soc.* p. 401. 1879. Analysé in *Revue des sciences médicales*, 1881, tome XVIII, p. 568).

Soller (1). Ce dernier a complété les travaux de Delaunay et le premier il a signalé les cas de cloisonnement valvulaire du vagin. L'attention des gynécologistes a donc été attirée à plusieurs reprises sur ce sujet. Néanmoins le nombre de ces cas est encore très restreint; car, dans un travail récemment paru de Heitzmann (2), à côté d'anomalies singulières des organes génitaux de la femme nous ne trouvons signalé aucun cas de cloisonnement transversal du vagin.

Le siège des cloisons transversales du vagin d'origine congénitale est très variable; dans notre observation, cette cloison était située à cinq centimètres et demi de la vulve; dans d'autres observations, on l'a vue soit plus près de la vulve, soit plus près de l'utérus. En général, comme dans notre cas, la cloison est unique; mais quelquefois on a vu deux cloisons superposées, comme dans le cas de Roth (3). Dans le cas de Fristo (4) (de Metz), il y avait même quatre cloisons superposées. Néanmoins la fécondation avait eu lieu.

Le cloisonnement transversal du vagin peut être complet ou incomplet. Dans ce dernier cas, la membrane cloisonnante est perforée d'un trou central comme dans notre observation ou quelquefois de plusieurs trous. Dans d'autres cas enfin, l'anomalie est encore moins accentuée et il s'agit non plus d'un cloisonnement, mais d'une simple valvule de forme sigmoïde et adhérente à la paroi du vagin. Deux cas de ce genre, observés

(1) Jules Soller. *De l'existence d'une valvule insérée sur la paroi postéro-supérieure du vagin.* (*Lyon médical*, 1882, tome XXXIX, p. 151). *Id. Cloisonnement presque complet du vagin ; opération et guérison. Ibid.* 1882, tome XL, p. 88).

(2) Heitzmann *Kasuistische Mittheilungen aus der gynakologischen. Abtheilung des Herrn prof. Bandl, in Wien.* (*Wiener medicinische Presse*. 1884, p. 177, 242, 274, 302, 367, 399, 464, 530).

(3) Roth. *Monatschrift für Geburtskunde.* 1862, tome XIX, p. 150.

(4) Fristo (de Metz). *Dystocie par oblitération du vagin.* (*Gazette des hôpitaux.* 1861, n° 96.)

dans le service du professeur Laroyenne (de Lyon), ont été relatés par Jules Soller. Ces valvules rappellent les valvules des veines et sont situées à la portion supérieure de la paroi postérieure du vagin. D'après le professeur Laroyenne, ces cas ne seraient pas extrêmement rares, et, au dire de cet auteur, il ne se passe pas de semestre, sans qu'on en observe un ou deux cas dans son service.

En général, l'existence d'une cloison transversale du vagin peut rester longtemps inaperçue, s'il existe un orifice permettant l'émission du sang menstruel. Si la cloison est complète, on voit au contraire apparaître de violents accidents, au moment des premières règles. Dans l'observation qui nous occupe, c'est le hasard qui nous a fait découvrir cette anomalie. M... avait plusieurs fois accusé des rapports sexuels avec plusieurs individus de son quartier. Nous connaissions sa tendance au mensonge et nous étions instruits par l'observation récente du cas suivant, assez ordinaire parmi les idiotes et les imbéciles. Une femme se disait la maîtresse d'un docteur en médecine et, répandant ce bruit, avait mis en émoi toute la maison de ce confrère. Lorsque nous examinâmes l'appareil sexuel de cette malade, nous constatâmes l'intégrité absolue de la membrane hymen. Nous voulions donc nous assurer que M... ne nous trompait pas elle aussi sur l'authenticité de ses rapports sexuels. Enfin nous avons vu que la conception était possible dans les cas de cloison incomplète du vagin. Aussi, souvent, c'est seulement au moment de l'accouchement que le médecin a pu constater l'existence de cette anomalie.

Lorsque la cloison transversale est complète, elle peut être cause d'accidents redoutables à cause de la rétention des règles; est-elle incomplète, elle peut passer inaperçue et n'être cause d'aucun accident. Cependant, s'il existait un écoulement purulent par l'orifice utérin, la

stagnation de ce liquide dans le tiers supérieur du vagin pourrait aggraver les phénomènes de métrite. D'ailleurs, il est toujours facile de remédier à cette légère complication, en incisant la membrane cloisonnante.

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer la présence des cloisons transversales du vagin d'origine congénitale. Quelques-unes n'ont plus qu'un intérêt historique.

D'après Boivin et Dugès (1) la tête, en descendant dans l'excavation pelvienne produirait un décollement du vagin et l'existence de replis plus ou moins accentués. Ledru (2) suppose que, dans les cas où l'hymen est persistant, celui-ci est tiraillé et dédoublé par l'utérus gravide et donne ainsi lieu à la présence d'une cloison transversale supplémentaire. Ces deux hypothèses, on le voit, supposent l'existence d'une grossesse et ne sauraient expliquer les cas assez nombreux où l'anomalie s'est montrée chez une nullipare. Pour Roth, il ne s'agirait pas d'une atrésie congénitale, mais d'une atrésie accidentelle produite par des injections caustiques et irritantes ou par des manœuvres abortives. Cette supposition ne tient pas devant les faits. D'ailleurs, les cloisonnements tels que celui que nous avons rapporté, ne ressemblent en aucune façon à du tissu cicatriciel et, diffèrent notablement par leur coarctation régulière d'une atrésie acquise.

La question s'éclaircit au contraire, si l'on rapproche l'existence des cloisons transversales du vagin du développement des organes génitaux de la femme. Les embryologistes admettent généralement aujourd'hui que le vagin a une triple origine ; la partie supérieure se développerait aux dépens des canaux de Muller, la partie

(1) M^me Boivin et Dugès. *Traité pratique des maladies de l'utérus* 1833, tome I, page 270.

(2) Ledru. *De l'hymen.* Thèse de Paris, 1855, n° 231.

inférieure aux dépens de la dépression vulvaire. Quant à la partie moyenne, elle se formerait grâce à la résorption du tissu embryonnaire qui sépare les deux segments supérieur et inférieur. Supposons que les différentes parties ne se fusionnent que d'une manière incomplète et nous pourrons ainsi concevoir l'existence des cloisons transversales du vagin d'origine congénitale.

Quant à notre malade, on a pu voir dans son observation qu'elle présentait une débilité mentale native et une perversion des instincts qui doivent la rattacher à la classe des faibles d'esprit ou à celle des imbéciles. On sait combien les anomalies des organes génitaux sont fréquentes dans l'idiotie et dans l'imbécilité, qui n'est qu'une forme atténuée de l'idiotie. L'observation que nous présentons est une preuve de plus en faveur de cette loi connue aujourd'hui de tous les aliénistes.

OBSERVATION DE FOLIE DU DOUTE

Par M. ROGER

(Interne des hôpitaux)

La nommée T... Eugénie, âgée de 17 ans, mécanicienne, est entrée le 7 janvier 1885 à l'hôpital Laënnec, salle Broca, n° 9.

Il s'agit d'une jeune fille de taille moyenne, offrant les principaux attributs du tempéramment lymphatico-sanguin. Elle est blonde, d'un blond tirant sur le roux ; les yeux sont bleus, la face très colorée, les extrémités un peu froides et humides. Il existe un certain degré d'embonpoint.

La figure est souriante, le regard animé et l'expression de la physionomie fait un contraste frappant avec les préoccupations si pénibles, dont la malade nous a révélé l'existence, avec un luxe de détails, qui ne laisse rien à désirer.

Le père de cette jeune fille est âgé de 64 ans ; il aurait des habitudes alcooliques très prononcées, et serait d'un caractère agressif et méchant lorsqu'il est sous l'influence de la boisson.

La mère, âgée de 61 ans, jouit d'une bonne santé et ne présente aucun des caractères du tempérament nerveux.

La jeune malade a deux frères âgés de 32 et de 28 ans, tous les deux bien portants.

Cette jeune fille aurait eu, dit-elle, à l'âge de 2 ans, une fièvre typhoïde (?) suivie d'une scarlatine ; à partir de cette époque elle aurait eu une santé assez délicate; mais à dix ans ayant pris le dessus, elle a commencé à jouir d'une très bonne santé.

Réglée à douze ans et demi, elle a vu cette fonction s'accomplir sans interruption, mais avec quelque irrégularité. Des douleurs assez vives accompagnèrent souvent l'éruption menstruelle.

Il y a deux ans, cette jeune fille a été prise d'une affection fébrile dont nous ne saurions préciser la nature ; mais, depuis elle éprouve constammeut des maux de tête fort incommodes avec sensation de constriction à la région frontale. En même temps le sommeil devenait assez irrégulier.

C'est vers cette époque que son caractère a changé. Autrefois active, elle est devenue nonchalante. Elle n'avait plus de goût pour le travail, et déjà de temps en temps elle éprouvait des tristesses indéfinissables, mais en conservant toujours assez d'énergie pour les surmonter.

Au mois de juin de l'année dernière elle eut des chagrins de famille ; bientôt elle tomba malade et le médecin qui la soignait prononça le nom de *fièvre typhoïde*.

C'est au huitième jour de cette affection que débutèrent les troubles psychologiques dont elle souffre aujourd'hui. Saisie d'une terreur panique, elle se jette au cou de sa mère en pleurant. Il lui semble qu'elle est transformée, que ses affections naturelles sont perverties; elle craint de ne plus aimer sa mère ; il lui semble qu'elle voudrait la tuer. Il faut noter que cette enfant, qui avait été souvent effrayée par les violences de son père avait toujours eu une tendre affection pour sa mère.

C'était en vain que notre jeune malade essayait de chasser ces idées ; une force supérieure semblait dominer sa volonté, et diriger ses actes en dépit de tous ses efforts.

La fièvre typhoïde a suivi régulièrement son cours, et s'est terminée par la guérison. Mais à partir de ce moment, les idées, ou plutôt les impulsions morbides qui s'étaient emparées de son esprit, n'ont jamais cessé de troubler son repos.

D'une part, ce sont des terreurs paniques ; d'autre part, des obsessions auxquelles elle résiste encore, moins avec la crainte perpétuelle d'y succomber.

Depuis longtemps, son père a quitté sa mère ; mais de

temps à autre, il reparaît à la maison pour faire des menaces, et demander de l'argent. La crainte que lui inspire l'attente de ces visites intempestives est portée à un degré d'exagération insensé. Elle ne peut y songer sans frémir, et la violente aversion qu'elle ressent pour son père dépasse les bornes du bon sens.

Il lui est impossible de jeter les yeux sur un journal, sans s'approprier pour ainsi dire, les faits criminels dont elle y trouve le récit. S'agit-il d'un assassinat? il lui semble qu'elle est tentée d'assassiner quelqu'un ; et après avoir longtemps retourné cette idée dans son esprit, il lui arrive de se demander si, réellement elle n'a pas été coupable d'un meurtre. Cette idée l'obsède alors et la poursuit jusqu'au désespoir. — S'agit-il d'un vol ou d'un incendie, elle éprouve également la tentation de voler ou d'incendier.

Mais c'est surtout la tentative de commettre des actes de violence qui la poursuit. Lorsqu'on se met à table, elle ne veut pas voir de couteaux : il lui semble que l'on pourrait la blesser, et surtout qu'elle pourrait être poussée, malgré elle, à blesser quelqu'un.

Elle refuse de toucher aux bouteilles, parce qu'il lui semble qu'elles pourraient renfermer du poison, et qu'elle pourrait être tentée d'en boire elle-même, ou d'en verser aux autres.

Dans ses tentations de mal faire, c'est surtout à sa mère qu'elle pense; c'est elle qu'elle voudrait tuer, blesser, violenter, et cette idée qui lui fait horreur, la poursuit sans cesse.

Cependant, il y a peu de jours, se trouvant chez son frère, marié, elle avait pris dans ses bras un de ses petits neveux, qu'elle aime beaucoup. Tout à coup, elle est prise de la tentation de faire du mal à cet enfant : elle se hâte de le remettre à sa mère et de quitter la maison.

Ces obsessions sont accompagnées d'autres idées, qui se rattachent plus directement à la folie du doute, selon le type classique. Elle demande pourquoi les autres sont exempts de telles impulsions, et comment ils peuvent vivre sans les éprouver. Elle se demande comment s'arrange « la vie du monde », et ne peut pas arriver à le comprendre. Une fois ce problème soulevé, elle y rêve constamment, et ne peut plus s'en détacher. Elle se préoccupe aussi de questions plus prosaïques, et se demande pourquoi la fenêtre est fermée, pourquoi la porte est ouverte, etc.

Il n'existe aucune crainte du contact des corps extérieurs.

Point de troubles sensoriels, ni d'hallucinations.

Les troubles intellectuels que nous venons de décrire n'ont altéré en rien l'intégrité du jugement, ni la sûreté de la mé-

moire. Mais, tout entière aux idées qui l'obsèdent, elle ne peut plus travailler. Ouvrière autrefois agile, alerte et très laborieuse, elle passe aujourd'hui son temps à ne rien faire, et à tourner constamment dans le même cercle d'idées.

Désespérée de se voir dans cet état, elle vient à la consultation de M. le professeur Ball, demander à être placée dans un asile d'aliénés. On la dirige provisoirement sur l'hôpital Laënnec.

Depuis son entrée dans cet établissement, soumise à un traitement sédatif (bromures alcalins, douches, etc.); elle éprouve un moment de détente, et n'est plus aussi complètement en en proie à ses obsessions. Cependant elle sent parfaitement qu'elle est loin d'en être délivrée, et que la moindre secousse la plongerait de nouveau dans les mêmes tourments d'esprit.

Bien que cette observation s'écarte à quelques égards, du type habituel de la folie du doute, elle rentre au fond dans le cadre des études morbides assez diverses, qui ont été décrits sous cette dénomination.

Notons d'abord que la conduite de cette jeune fille est toujours restée parfaitement correcte, malgré les obsessions qui la tenaillent sans cesse : l'orage se passe dans les régions purement intellectuelles, et ne descend jamais sur le terrain des actes.

Notons ensuite que si l'on veut analyser ce phénomène psychologique, c'est plutôt « la crainte de mal faire » que la tentation de faire le mal, qui domine dans ses préoccupations,

Notons enfin, que l'on retrouve ici le caractère essentiel de ces états psychologiques; à savoir la répétition forcée, involontaire et automatique, des mêmes actes intellectuels, qui se reproduisent avec une monotonie fatigante, et ne peuvent jamais être suspendus par l'intervention directe de la volonté.

Il s'agit donc bien réellement d'un cas de folie du doute, mais sous une forme un peu insolite. L'hérédité doit jouer ici un certain rôle, bien qu'elle paraisse se réduire à l'influence d'un père alcoolique. La fin, la cause

déterminante paraît avoir été l'apparition d'une fièvre typhoïde, qui, se manifestant chez un sujet déjà prédisposé (son histoire le prouve), a brusquement rompu l'équilibre intellectuel.

Le pronostic est grave, et cependant la jeunesse de la malade, la date récente de la maladie, enfin, les circonstances dans lesquelles les accidents se sont produits, semblent laisser encore quelque espoir de guérison. Il sera très intéressant de suivre l'évolution ultérieure de cette psychopathie, dont nous venons de saisir les premiers débuts.

HYPNOTISME

REVUE CRITIQUE DE QUELQUES PUBLICATIONS RÉCENTES SUR CETTE MATIÈRE

Par le Dr DESCOURTIS

Médecin adjoint à la maison de santé d'Ivry

C'est à Braid que l'hypnotisme doit son nom et ses procédés. Longtemps laissé de côté, il a été tiré de l'oubli par M. le professeur Charcot, en France, et par Heidenhain, en Allemagne, qui n'ont pas craint d'en faire une étude approfondie, au milieu de l'indifférence générale et du scepticisme railleur de quelques uns. Peu à peu, les faits se sont imposés d'eux-mêmes. Tous ceux qui ont bien voulu voir ont été convaincus, et beaucoup d'esprits éminents ont apporté leur contingent d'efforts à la recherche de la vérité.

On a trouvé dans l'hypnotisme un moyen d'investigation nouveau et un procédé pour déterminer artificiellement et pour étudier, des troubles psychiques de toutes sortes.

Nous verrons que les uns, comme M. Charcot, se sont attachés à l'examen des différents caractères somatiques

du sommeil provoqué, et que d'autres, comme M. Bernheim, en ont principalement recherché les manifestations psychiques, dont l'importance n'est pas moins considérable.

Les premières expériences de Braid datent de 1841. Deux ans plus tard, il publiait son principal ouvrage, où se trouvaient relatées ses expériences. Ce livre eut un certain retentissement en Angleterre, mais il fut peu connu en France. Aujourd'hui, grâce à une excellente traduction de M. Jules Simon (1), nous sommes plus à même de l'apprécier et d'en signaler la haute valeur.

Esprit sagace et d'une entière bonne foi, Braid s'est attaché à séparer l'hypnotisme du magnétisme animal, à montrer qu'il ne s'agit ni de fluide, ni de force mystérieuse, et que la personnalité de l'opérateur n'est pour rien dans les résultats obtenus. Il attribua les phénomènes produits par les disciples de Mesmer à une fatigue nerveuse, et cette base lui servit à édifier sa théorie.

En effet, il se contentait, pour provoquer le sommeil ou les états analogues, de présenter au sujet un objet brillant, et de le tenir à la distance de 25 à 45 centimètres des yeux, dans une position telle au-dessus du front que le plus grand effort fût nécessaire du côté des yeux et des paupières, pour que le sujet regardât fixement l'objet.

Les globes oculaires devaient être maintenus dans la même position, et l'esprit attaché à la seule idée de l'objet au-dessus des yeux (p. 32, 33). De la sorte, dit Braid, le regard fixe et prolongé paralysant les centres nerveux dans les yeux et leurs dépendances, et détruisant l'équilibre du système nerveux, produit les phénomènes en question (p. 23).

Mais il fallait une certaine somme d'attention. C'est

(1) James Braid, Neurypnologie. *Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme*, traduit de l'anglais par le Dr Jules Simon. Paris, 1883.

pourquoi Braid n'a jamais pu hypnotiser des idiots. De même, il raconte qu'il possédait une patiente très sensible dans l'état de santé, entièrement réfractaire à l'influence hypnotique pendant le délire de la fièvre (p. 235).

Ces remarques ont été confirmées ensuite par différents observateurs. Notre savant maître, M. le docteur Luys, en particulier, a insisté sur les difficultés que l'on rencontre à produire l'hypnotisme chez les aliénés, précisément à cause de leur manque d'attention.

Selon la susceptibilité des sujets et leur degré d'attention, Braid observait différents phénomènes. Bien qu'il ne les ait pas systématiquement classés, comme on l'a fait de nos jours, on peut dire qu'il a entrevu tout ce qui s'est fait depuis, en matière d'hypnotisme. Ainsi, dans la succession des phénomènes, il parle de la transition de l'état de torpeur de tous les sens et de la rigidité cataleptiforme, à la sensibilité la plus exaltée et à la flaccidité musculaire (p. 3). — L'hypnotisme, dit-il ailleurs (p. 236), ne comprend pas qu'un état. C'est plutôt une série de différents points susceptibles de varier indéfiniment, depuis la rêverie la plus légère avec élévation dans les fonctions, jusqu'au coma profond avec absence complète de connaissance et de volonté. — Plus loin enfin (p. 245), il parle du coma hypnotique.

On peut donc dire qu'il a observé la catalepsie, la léthargie et le somnambulisme, c'est-à-dire les principales phases aujourd'hui admises en hypnotisme depuis les travaux de M. Charcot. Il a même noté le frémissement continuel des paupières, et, ce qui arrive parfois, le spasme du muscle orbiculaire.

En outre, il a observé l'influence d'un courant d'air sur la face ou sur les oreilles, pendant la catalepsie... (p. 229). De la sorte, il faisait disparaître partiellement ou totalement la catalepsie et l'anesthésie, et déterminait un état de sensibilité excessive de tous les organes des

sens ou de l'un d'eux en particulier. C'était un *réveil partiel*, obtenu d'ailleurs sans que le souffle de l'opérateur fût obligé d'intervenir, puisqu'avec un courant d'air, avec la main, avec un soufflet, il obtenait le même résultat. Il a bien vu en effet que c'était un état intermédiaire entre les phases torpides de l'hypnotisme et la veille, puisqu'il spécifie que si on renouvelait le courant d'air, le patient s'éveillait rapidement.

En fait d'hypnotisme, partisan convaincu de la *théorie subjective*, qu'il oppose à la *théorie objective* des magnétiseurs, il laisse entendre (p. 231) que ce n'est pas l'opérateur qui produit tous les phénomènes, mais bien l'opéré qui les provoque lui-même, à la condition toutefois qu'il ait confiance dans la personne qui intervient. En un mot, l'hypnotisme dérive de la condition physique et psychique du sujet, et non d'une émanation ou d'une force quelconque provenant d'autrui.

Voilà une opinion qui se rapproche singulièrement de celle qu'on a émise plus tard, à savoir qu'on n'endort pas un sujet mais qu'il s'endort lui-même. C'est encore ce que M. Bernheim a dit depuis, lorsqu'il a attribué à la suggestion un rôle capital, pour ne pas dire exclusif, dans tous les phénomènes hypnotiques.

« On peut jouer avec de semblables patients, dit Braid (p. 231) dans la phase appropriée du sommeil, *comme sur un instrument musical*, et leur faire prendre les rêves de leur imagination pour la réalité actuelle.... Il y a plus (p. 232) : il est des individus si impresssionnables aux suggestions, que l'on peut les dominer et les contrôler même à l'état de veille apparente (par une affirmation énergique), comme on le fait pour d'autres en hypnotisme et à la période de dédoublement de la conscience. » Ces *phénomènes de veille* avaient reçu le nom d'*électro-biologie*. Braid montre qu'il est facile de les assimiler aux autres phénomènes de l'hypnotisme.

Mais ce n'est pas assez du mesmérisme et de l'électro-biologie; Braid veut à tout prix éliminer ce qui se rattache de près ou de loin au mystérieux, au surnaturel. Il était beaucoup question, de son temps, d'une nouvelle force, décoré du nom de *force odique*. On lui attribuait des vertus bizarres, entre autres celle de faire éprouver au sujet des sensations variées par l'approche d'un aimant ou de différents objets, et de lui faire voir des flammes, des étincelles, etc..., lorsque l'aimant était dans l'obscurité. Braid, par ses expériences, a prouvé (p. 237 et suiv.) qu'il ne fallait mettre en cause que l'imagination du sujet et la suggestion volontaire ou involontaire de l'opérateur.

En effet, les suggestions ont été étudiées par Braid dans toutes leurs formes. Mais il s'est surtout attaché à montrer les suggestions provoquées par les attitudes du corps et par l'expression donnée artificiellement à la physionomie.

Chemin faisant, il a essayé d'expliquer par la suggestion des phénomènes de contraction musculaire analogues à ceux que nous connaissons aujourd'hui. Par des chatouillements ou par l'agitation de l'air au-dessus de la peau, il mettait en action les muscles sous-jacents; l'on pouvait ainsi ployer la main ou soulever le bras, puis, en agissant sur les muscles antagonistes, faire étendre la main et les doigts et tomber le bras. Il découvrit encore que lorsqu'un groupe de muscles avaient été mis en action par une impression donnée, et avaient conservé pendant quelque temps la position acquise..., la même cause excitatrice apparente produisait un effet absolument contraire... (p. 253)... « un muscle est-il au repos, il se met en action; au contraire, est-il en mouvement, il devient inactif, et cela sous la même excitation » (p. 254).

On le voit, c'est identiquement cette loi que M. Du-

montpallier a exprimée dans des termes plus concis et plus saisissants : *l'agent qui fait, défait.*

Mais Braid ne s'est pas borné à l'étude de ces phénomènes de l'hypnotisme. Il a cru trouver dans le sommeil artificiel un instrument de thérapeutique d'une puissance infinie, et un moyen de contrôle du système phrénologique de Gall. Bien qu'il nous soit impossible de le suivre sur ce terrain, nous ne saurions dire qu'il a eu absolument tort.

En effet, les nombreuses expériences entreprises de tous côtés, depuis quelques années, par des médecins distingués, tendent à prouver qu'il existe des zônes excitables du cuir chevelu, et qu'il est possible par ce procédé d'agir sur la motilité d'une partie quelconque du corps, ou de mettre en jeu les facultés psychiques, les émotions, etc... Toutefois ces expériences ne concordent pas absolument entre elles, plusieurs même se contredisent. Quoi qu'il en soit, Braid aura eu le mérite d'appeler de nouveau l'attention sur le système de Gall, système dont la portée a été exagérée, comme pour ce qui concerne toute importation scientifique nouvelle, mais que l'on a rejeté ensuite avec trop de dédain.

Quant à la valeur thérapeutique de l'hypnotisme, on ne peut non plus la nier complètement, mais il serait téméraire de croire avec Braid qu'il peut améliorer (et surtout guérir) des maladies telles que l'amaurose, la surdité, les tics, les paralysies, le rhumatisme, l'épilepsie, l'incurvation du rachis, etc. etc. Sans doute, nous avons vu de différents côtés, et en particulier dans le service de M. Luys, des cas de paralysie hystérique, de contracture, de névralgie, d'aphonie, que l'hypnotisme avait fait disparaître, mais c'était surtout par la suggestion qu'il agissait. En outre, M. Luys a pu constater,

dans sa pratique particulière, que l'hypnotisation n'était pas sans utilité dans certains troubles des facultés mentales et que cette hypnotisation, même incomplète, pouvait produire une détente heureuse, et rendre des services, surtout dans la période de convalescence des psychopathies. Enfin, l'on sait que dans certains cas, où il a été possible de provoquer la léthargie, ou le coma hypnotique de Braid, on a pu faire des opérations chirurgicales graves sans douleur.

Il serait donc prématuré de formuler aucune opinion définitive au sujet de ce moyen thérapeutique, d'autant plus qu'il n'est pas applicable à tout le monde. Qu'il nous suffise de constater son existence; il appartient à l'avenir de prouver jusqu'où s'étend sa puissance. Il ne faut pas encore tirer de conclusion.

Depuis les remarquables travaux de Braid, l'hypnotisme a été étudié en France, surtout par MM. Azam, Demarquay et Giraud-Teulon. Mais il faut arriver jusqu'à l'année 1878, pour le voir prendre un nouvel essor, sous l'impulsion féconde de MM. Charcot et Heidenhain.

A partir de cette époque en effet, les recherches se multiplient, et les communications abondent devant les sociétés savantes, à la société de Biologie en particulier. M. Dumontpallier y expose le résultat de ses observations chez les hystériques. En même temps, M. Ch. Richet fait part de ses recherches pratiquées sur des sujets sains et sur des hystériques. Sa haute compétence dans les questions d'hypnotisme et de physiologie, lui a permis d'enrichir la science de beaucoup de faits nouveaux.

Nous ne pouvons suivre pas à pas les différents observateurs qui ont étudié l'hypnotisme, ni rapporter les les différentes phases par lesquelles il est passé. Qu'il nous suffise de signaler les principaux travaux qui ont été publiés et d'en tirer des conclusions, concernant l'état actuel de nos connaissances sur la matière.

En 1881, M. Paul Richer, fidèle interprète de son maître, M. Charcot, publiait son remarquable ouvrage sur l'hystérie (1). Nous y trouvons une description complète de la grande névrose, depuis l'attaque classique, avec ses trois périodes, jusqu'aux formes frustes, y comprises les variétés par immixtion de phénomènes léthargiques, cataleptiques ou somnambuliques. M. Richer s'est attaché à démontrer l'enchaînement naturel de ces phénomènes avec les différentes périodes de l'attaque d'hystérie, et leur identité avec les mêmes phénomènes provoqués d'une façon artificielle dans l'hypnotisme. Il s'est ainsi trouvé amené à faire jouer à l'hystérie un rôle considérable, prépondérant, dans la production de ces états nouveaux. Cette opinion était exagérée, et l'on tend à s'en écarter de plus en plus. L'hypnotisme provoqué n'appartient pas en propre à l'hystérie; ce n'est même pas une névrose artificielle comme on voudrait le dire. Si l'on obtient parfois chez ces malades des phénomènes plus remarquables que chez qui que ce soit, il n'en est pas moins prouvé que certains états hystériques opposent un obstacle absolu, même à la production du sommeil hypnotique.

M. Richer admet, comme son maître, trois phases dans l'hypnose provoquée : léthargie, catalepsie, somnambulisme. Sans doute, on ne peut nier que ce soient les principaux phénomènes observés, qu'ils se présentent tous ou non, à différentes périodes, chez le même sujet. Mais il existe un autre état, qui précède ceux-là, et sur lequel M. le docteur Brémaud a justement attiré l'attention. C'est celui qu'il a désigné du nom de *fascination* (2).

(1) Paul Richer. *Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie.* Paris, 1881.

(2) Brémaud. *Des différentes phases de l'hypnotisme et en particulier de la fascination.* Paris, 1884.

Le fait est exact. Quand on agit par les moyens hypnotiques sur un sujet peu sensible, on commence par prendre possession de lui, par annihiler sa personnalité, par en faire sa chose. En d'autres termes, on le rend incapable de résister à l'ordre imposé, que cet ordre s'adresse au physique ou au moral, qu'il soit exprimé verbalement ou figuré par gestes.

Néanmoins ce mot de fascination ne répond pas exactement à notre pensée. Il implique trop l'action du du regard, il invoque forcément l'idée d'un oiseau de proie ou d'un serpent qui paralyse l'innocent petit animal dont il fait sa victime. Et puis, c'est par la fascination que les magnétiseurs de tous les pays obtiennent les effets les plus extraordinaires et les moins scientifiques. Il importe donc de remplacer ce mot par un autre, et nous proposons de lui substituer celui de *captation* qui rappelle en même temps la prise de possession du sujet et la période préparatoire de l'hypnotisme où l'on observe le phénomène. De plus, il ne préjuge rien du manuel opératoire, puisqu'on peut le produire non seulement par le regard, mais encore par la parole ou par une action quelconque sur la sensibilité générale ou spéciale.

La description qu'en donne M. Brémaud (p. 14) n'en reste pas moins exacte, et nous pourrons dire qu'il est caractérisé par l'élévation du pouls, une dilatation marquée des pupilles, l'anesthésie, l'absence de volonté ou aboulie, la tendance aux contractures généralisées, à l'imitation automatique, enfin la facilité de recevoir une impression quelconque capable de provoquer des hallucinations ou des illusions. A ces caractères nous en ajouterons deux autres des plus importants, la persistance de la conscience et le souvenir à l'état normal.

On le voit, la captation participe de la catalepsie et du somnambulisme. Aussi ne devons-nous pas nous

étonner de ce que M. Dumontpallier et ses élèves placent le somnambulisme en tête des phénomènes provoqués, avant la catalepsie et la léthargie. La captation n'est pas le somnambulisme, mais elle y conduit par des degrès insensibles, aussi bien que la catalepsie, sans passer par les autres phases. Nous croyons donc que l'on peut considérer la captation comme l'état préparatoire de l'hypnotisme, puis viennent, ainsi que l'a dit M. Dumontpallier, le somnambulisme, ensuite la catalepsie, enfin la léthargie, qui en représente la phase la plus accentuée.

Pour revenir à l'état de veille, le sujet franchira les mêmes étapes, en allant de la dernière à la première: léthargie, catalepsie, somnambulisme. Ce dernier somnambulisme sera en général bien plus parfait que l'autre. Il est l'analogue de certains somnambulismes spontanés (cas d'Azam, Dufay, Macnish), qui étaient toujours précédés d'une *perte de connaissance.*

Cela posé, novs devons signaler ici un état spécial, dont l'existence et les caractères n'ont pas encore fixé l'attention. En effet, dans la succession des phénomènes hypnotiques, avant de revenir à l'état normal, il y a un autre état, souvent inaperçu, c'est le *délire posthypnotique.*

Ce délire n'existe pas toujours. Comme tous les phénomènes hypnotiques il doit être provoqué.

Voici d'ailleurs ce que nous entendons par ces mots.

Lorsqu'on met le sujet dans l'obligation d'accomplir un acte après son réveil, lorsqu'on lui impose une suggestion quelconque, soit pensée, soit acte, on lui crée un état anormal qu'il ne faut pas confondre avec l'état de veille. Cet état peut être continu, lorsqu'on lui dit par exemple qu'il aimera ou détestera telle ou telle personne. C'est un délire partiel, mais c'est un délire, et il persistera tant qu'on n'aura pas rompu le charme.

Au contraire, cet état sera passager, si l'on dit au

sujet de faire telle ou telle chose, à telle ou telle époque. Un intervalle d'un jour, d'un mois, d'un an peut-être, séparera la suggestion du moment où elle sera accomplie, mais pendant que le sujet l'exécutera, il ne sera encore qu'un automate. Il retombera dans un état voisin de l'état hypnotique, analogue à l'état de captation du début, et qui n'en diffère que parce qu'il termine la série des phénomènes, tandis que l'autre la commence.

Ce délire véritable, qui peut suivre les manœuvres hypnotiques, se manifeste par l'état d'inconscience, d'automatisme du sujet, lorsqu'il accomplit un acte suggéré, fût-il long et compliqué. Dès que l'impulsion se fait sentir, le sujet devient fermé au monde extérieur; il se comporte comme un aliéné, et comme le pire des aliénés, l'aliéné inconscient, impulsif, la victime de l'automatisme cérébral déchaîné.

Tel est en effet le caractère de la suggestion, et ici nous abordons la question la plus difficile de l'hypnotisme, et la plus grosse de conséquences. C'est elle qui a sollicité l'attention de beaucoup d'observateurs et sur laquelle plusieurs ouvrages ont été publiés récemment.

L'un des plus instructifs est certainement celui de M. le professeur Bernheim, de Nancy (1). Il se distingue même des autres par des vues personnelles qui mériteront de nous arrêter.

En effet, M. Bernheim fait jouer un rôle considérable à la suggestion dans les phénomènes d'hypnotisme. Il endort par suggestion, il réveille par suggestion, il provoque le transfert, les contractures, l'anesthésie, tous les troubles sensoriels, par suggestion. C'est à peu près l'*expectant attention* de Carpenter. — Sans nier cependant la réalité d'autres phénomènes, tels que ceux

(1) Bernheim. *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille.* Paris, 1884.

produits par les métaux ou par l'aimant, il obtient les mêmes résultats par suggestion.

De plus, il a opéré de préférence sur des sujets sains, et il a pu constater que les individus habitués à l'obéissance, les gens de service, les anciens militaires, les gens du peuple, sont plus aptes que les autres à être influencés par les pratiques hypnotiques. Ce résultat n'a rien qui doive nous étonner, puisque, selon lui, il suffit de dire à un sujet qu'il va dormir et de le lui faire croire, pour qu'il dorme; puisqu'il suffit d'affirmer qu'un phénomène quelconque va se produire pour qu'il se produise. — Telle est en effet l'exacte vérité.

Les suggestions qu'il impose à ses sujets sont des plus variées. Les unes sont simples, les autres sont compliquées, et elles deviennent alors un véritable délire, comme nous le disions plus haut. Les unes portent sur la motilité, d'autres sur la sensibilité générale ou spéciale, d'autres sur les fonctions organiques, d'autres enfin sur les facultés psychiques.

Elles sont accomplies, soit de suite pendant le somnambulisme, soit plus tard. Elles peuvent même être provoquées pendant l'état de veille, et accomplies encore pendant l'état de veille. Seulement M. Bernheim ne les a constatées que chez des sujets préalablement hypnotisés. Il aurait pu pousser le raisonnement plus loin, et montrer, ce qui est vrai, que des individus qui n'ont jamais été hypnotisés peuvent recevoir des suggestions, pourvu qu'ils soient placés dans une disposition d'esprit appropriée, pourvu, en un mot, qu'ils soient amenés à cet état de captation dont nous avons parlé.

L'importance médico-légale de ces faits n'a pas échappé à M. Bernheim. Il s'y est longuement étendu dans plusieurs passages de son ouvrage, et a montré que si des criminels pouvaient abuser de leur pouvoir sur un cerveau docile aux suggestions, des personnes bien

intentionnées, des magistrats à la recherche de la vérité, étaient également capables d'en imposer au prévenu par des affirmations énergiques, par des suggestions involontairement créées, de telle sorte qu'ils arrivent à faire avouer un crime à un innocent, crime dont il finit lui-même par être plus ou moins convaincu. — La même chose peut se passer en matière de témoignage.

C'est ce qui prouve, comme nous le disions, qu'il n'est pas nécessaire que le sujet soit hypnotisé pour recevoir des suggestions. La captation suffit, et pour s'en convaincre, on n'aura besoin que de lire l'observation de Castillan, rapportée par M. Prosper Despine et citée par M. Bernheim (p. 94). Elle montre de la façon la plus nette, que, presque tout le temps, la victime de ce misérable n'était ni en somnambulisme ni en léthargie, mais dans cette période préparatoire que nous avons appelée la captation.

Voici une phrase typique, prise dans la déposition de la malheureuse, et dégagée de tout commentaire. « Il exerçait sur moi une telle influence à l'aide de ses gestes, que je suis tombée plusieurs fois comme morte. Il a pu alors faire de moi ce qu'il a voulu. Je comprenais ce dont j'étais victime, mais je ne pouvais ni parler ni agir et j'endurais le plus cruel des supplices ». Nous y voyons la soumission absolue à un volonté étrangère, la persistance de la conscience, et le souvenir à l'état normal. Ce sont bien les trois caractères distinctifs de la captation et qui ne se trouvent réunis dans aucune autre phase de l'hypnotisme. Que le sujet soit privé du mouvement, ou qu'il marche au gré de l'opérateur, comme Castellan le lui faisait faire en général, le phénomène est le même.

M. Liégeois, professeur à la faculté de droit de Nancy, a également envisagé l'hypnotisme dans ses rapports

avec le droit civil et le droit criminel (1). Il s'est attaché à prouver que les individus hypnotisés peuvent être réduits à l'impuissance de se défendre contre les tentatives criminelles dont ils seraient l'objet; que les actes les plus graves dont ils auraient été victimes ne laisseraient aucune trace dans leur mémoire, une fois qu'ils auraient été ramenés à l'état normal; — qu'ils peuvent recevoir des suggestions tendant à leur faire commettre des crimes ou des délits, après plusieurs heures ou plusieurs jours d'intervalle, et qu'ils les commettent fatalement; — que de faux témoignages en matière civile ou criminelle, des faux en écriture privée ou publique, peuvent être provoqués par suggestion hypnotique; — que des contrats de toute nature, des prêts d'argent, des donations, des testaments, peuvent être rédigés sous la même influence; — enfin que la suggestion peut être imposée même à l'état de veille.

Toutes ces propositions sont parfaitement légitimes. Cependant il y a deux points sur lesquels nous devons faire des réserves.

M. Liégeois dit que, « le souvenir, effacé à l'état de veille, pourrait être revivifié par une hypnotisation nouvelle, et que, dans un second sommeil, les somnambules pourraient donner, à leurs parents ou à la justice, toutes les indications de nature à permettre la recherche et la punition des coupables. »

Si l'on prenait cette phrase à la lettre, on s'exposerait à de dangereuses méprises. En effet, pareil résultat a été observé dans certains cas de somnambulisme spontané, dans celui, par exemple, qui a été rapporté par Macario. Mais, dans le somnambulisme provoqué, les conditions sont bien différentes. Rien n'est plus facile, après avoir donné une suggestion à un somnam-

(1) J. Liégeois. *De la suggestion hypnotique dans ses rapports avec le droit civil et le droit criminel.* Paris, 1884.

bule, que de lui commander de ne pas se souvenir que c'est une suggestion, et de croire, plus tard, même en somnambulisme, que l'acte a été spontané. Bien plus, on peut faire accuser un innocent, et, soit qu'on ait abusé, à un titre quelconque, d'une personne en somnambulisme, soit qu'on lui ait imposé une suggestion dirigée contre autrui, on peut toujours lui faire croire que c'est un autre individu qui s'est emparé de sa volonté. Ainsi le coupable resterait impuni, et pourrait même détourner les soupçons et faire condamner un innocent dont il voudrait tirer vengeance. — Le témoignage d'un somnambule n'a donc pas plus de valeur, moins peut-être, que celui d'une personne éveillée. Ce fait est certain : nous en donnerons plus loin une autre preuve, en prouvant que la conscience (1) subsiste à l'état somnambulique, et que le sujet est capable de mentir sciemment et volontairement.

En second lieu, nous ne croyons pas que l'hypnotisme soit aussi dangereux, dans ses conséquences sociales, que le suppose M. Liégeois. On n'endort, en général, que les personnes qui le veulent bien, et heureusement l'exemple de Castellan ne trouvera guère d'imitateurs. Tant de conditions doivent être réunies, et du côté de l'opérateur, et du côté de l'opéré, que ces faits resteront à l'état de rare exception.

Loin de nous l'idée que les pratiques hypnotiques sont

(1) Nous devons dire, une fois pour toutes, que nous ne prenons ce mot de conscience que faute d'un autre qui rende plus exactement notre pensée. Il y a déjà plusieurs façons d'envisager la conscience, selon qu'on se place au point de vue de la théologie, de la physiologie ou de la psychologie. De là, des confusions dans notre langue, confusions que l'on évite en anglais, grâce à un vocabulaire plus étendu. Nous ne pouvons entrer dans aucune discussion à ce sujet. Qu'il nous suffise de dire que la conscience qui existe dans les états hypnotiques, n'est rien de tout cela : c'est un phénomène mixte, complexe, dont on pourra se rendre compte par quelques idées émises dans ce travail, mais qui devra faire l'objet d'une monographie spéciale, lorsqu'il sera parfaitement connu.

toujours inoffensives. Elles créent une prédisposition fâcheuse au sommeil provoqué, et il faut une volonté énergique de la part du sujet pour résister à des tentatives ultérieures d'hypnotisme. Cependant nous en avons vu des exemples. — C'est donc un procédé qu'on ne devra employer qu'avec circonspection, mais il ne faut pas l'abandonner, pas plus que l'opium ou la strychnine ne sont bannis de la thérapeutique, sous prétexte qu'entre des mains inexpérimentées ou coupables, ils sont susceptibles, de provoquer des accidents redoutables.

M. Pitres, dans ses leçons cliniques à la faculté de médecine de Bordeaux, s'en est également servi, au point de vue expérimental, pour l'étude des suggestions (1). Il arrive aux mêmes conclusions que les autres observateurs.

Toutefois il fait certaines réserves sur lesquelles il n'est pas inutile de nous arrêter. Il dit, avec M. Bernheim, que certains sujets *hypnotisés* peuvent *résister aux suggestions* (p. 53, 54, 55), et opposer un veto formel à leurs impulsions. Il cite le cas où une malade hypnotisée reçoit l'ordre de *voler* une pièce d'argent et refuse de garder cette pièce. Il en serait de même, selon lui, chez certains sujets, lorsqu'on leur ordonne d'exécuter un acte qui révolte leur conscience ou qui leur est désagréable.

Il avoue cependant qu'en général il suffit d'ordonner énergiquement ou de répéter l'ordre avec fermeté, pour vaincre les répugnances.

Même lorsqu'on échoue par ces procédés, il est encore possible, croyons-nous, de faire exécuter un acte quelconque. Mais si l'on veut faire commettre un vol, il ne faudra pas dire que c'est un vol. Que l'on suggère à un sujet l'idée de dérober une pièce de monnaie, en lui

(1) Pitres. *Des suggestions hypnotiques*. Bordeaux, 1884.

disant qu'elle lui appartient, et il le fera sans aucun scrupule, sans aucune révolte de sa conscience. Qu'on lui représente le meurtre qu'il doit commettre comme le juste châtiment d'un criminel, comme un acte de dévouement nécessaire, et il l'accomplira sans discussion, il croira faire preuve de spontanéité. Donc on peut toujours faire exécuter un ordre *quelconque* au sujet, pendant ou après le sommeil, à la condition d'adapter cet ordre, par suggestion, à sa personnalité.

« Au fond, comme le dit M. Pitres (p. 29), toutes les suggestions sont identiques. Les phénomènes élémentaires qu'y révèle l'analyse sont les mêmes dans tous les cas, et se succèdent toujours dans le même ordre : 1° l'affirmation initiale d'où dépend la suggestion ; 2° l'impression sensorielle évoquée par l'affirmation ; 3° les actes qui dérivent logiquement de cette impression sensorielle. ».

Nous nous rangeons pleinement à cette manière de voir. Mais nous trouvons là surtout une explication des suggestions d'actes. Pour envisager la question à un point de vue plus général, il faudrait nous reporter aux quatre lois fondamentales énoncées par M. Paul Janet (1).

1° Les idées suggèrent les idées ; 2° les mouvements suggèrent les mouvements ; 3° les idées suggèrent les mouvements ; 4° les mouvements suggèrent les idées.

Grâce à ces données, aussi simples qu'exactes, nous comprenons comment prennent naissance les suggestions de mouvements, les suggestions de sensations (hallucinations, illusions) et les suggestions d'actes. Si nous y joignons les suggestions d'idées (ou erreurs imposées), nous aurons le tableau complet des suggestions hypnotiques.

(1) *Revue politique et littéraire*, nos 4, 5, 6, 7. 2e sémestre 1884.

Remarquons, avant de terminer, que le phénomène de suggestion implique pour les idées un état analogue à celui qui existe pour les muscles dans la catalepsie. Une orientation spéciale est imposée à l'esprit : il est surpris et figé dans une situation donnée, et se trouve ainsi dans une sorte de catalepsie, la *catalepsie mentale*, comme l'appelle M. Luys, faute d'un mot meilleur.

Les suggestions, telles que nous venons de les étudier, montrent jusqu'à quel point peut être poussé l'automatisme cérébral. Mais il ressort de ces études une série d'aperçus nouveaux et de révélations inattendues, qui jettent une vive lumière sur une série de phénomènes d'ordre psychique demeurés jusqu'ici dans l'ombre. Je veux parler du dédoublement possible des opérations mentales et de l'activité indépendante de certaines parties du cerveau, et des deux hémisphères en particulier, lorsqu'on les met dans des conditions différentes.

C'est ainsi que certaines expériences consistent à placer les deux moitiés du corps dans un état spécial, et à constater, sur chaque moitié, les phénomènes propres à ces états. De là, il est légitime de conclure que chaque hémisphère, commandant ces états, fonctionne indépendamment de son congénère, et que par conséquent chacun d'eux a son autonomie propre.

Cette théorie du dédoublement des opérations cérébrales, qui étonne au premier abord les esprits habitués à considérer l'unité du moi comme un axiôme indiscutable, cette théorie, dis-je, avait été déjà entrevue par Wigan, Hollands, et de Fleury. Elle a été ensuite nettement formulée devant l'académie de médecine par notre savant maître, M. Luys, à l'aide d'autres arguments. Nous l'avons reprise ensuite, en invoquant nos expériences antérieures sur l'hémicatalepsie coïncidant avec

l'hémiléthargie (1). Plus tard M. Dumontpallier s'est attaché à démontrer l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux, uniquement au moyen de l'hypnotisme expérimental. (2)

Récemment, son élève M. Bérillon a développé les mêmes idées dans une excellente thèse (3), où se trouvent réunies les recherches des différents auteurs qui l'ont précédé, et les expériences d'hypnotisme faites à l'hôpital de la Pitié. Il a montré que l'on peut :

1° Supprimer l'activité psychique, motrice, sensitive d'un hémisphère cérébral (hypnose cérébrale unilatérale) ;

2° Donner à chaque hémisphère un degré d'activité différent (hypnose cérébrale bilatérale, de degré différent pour chaque côté) ;

3° Les deux hémisphères ayant une activité égale, créer pour chacun d'eux, et simultanément, des manifestations de siège, de nature et de caractères différents (hypnose cérébrale bilatérale, de même degré, mais à manifestations différentes pour chaque côté).

Cette dernière catégorie de preuves est de beaucoup la plus intéressante. Elle comprend :

A. dans la période cataleptique, des phénomènes de suggestion différents pour chaque côté du corps ;

B. dans la période somnambulique, des illusions et des hallucinations de nature et de siège différents.

Ces dernières expériences seront lues avec profit. Elles confirment la théorie de la dualité cérébrale, admise déjà par les auteurs précédents, sans constituer cepen-

(1) Descourtis. *Du fractionnement des opérations cérébrales et en particulier de leur dédoublement dans les psychopathies.* Thèse. Paris, 1882.

(2) Dumontpallier. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1882, 1883, 1884, passim.

(3) Bérillon. *Hypnotisme expérimental. La dualité cérébrale et l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux.* Thèse Paris, 1884.

dant des phénomènes absolument nouveaux. Braid, qui semble avoir tout vu, en matière d'hypnotisme, Braid, dis-je, poursuivant ses recherches confirmatives de la doctrine de Gall, a fait des expériences analogues et est arrivé aux mêmes conclusions. On nous pardonnera de faire quelques citations de son travail, en raison de l'intérêt qui s'attache à ces sortes d'expériences.

« On peut, dit-il (p. 117), en excitant les points *antagonistes des hémisphères opposés*, provoquer des sensations opposées dans les différents côtés du corps. Si des facultés antagonistes sont excitées du *même* côté, la *plus forte des deux* sera seule en action. » « Ces influences opposées des deux côtés, a dit le docteur Elliotson, sont les expériences les plus belles, les plus étonnantes de toute la physiologie, » ce sont aussi les plus beaux exemples de l'exactitude du quinzième aphorisme de M. Mayo (1), où il dit : « Chaque moitié latérale d'un animal vertébré a une vitalité séparée, c'est-à-dire la conservation de la conscience dans une moitié est indépendante de sa conservation dans l'autre... » Sous l'influence de l'amitié et de l'adhésivité, Mlle S. embrassa une dame de la manière la plus affectueuse; et sous l'empire de la destructivité excitée du *côté opposé de la tête*, elle se précipita avec violence pour repousser un ennemi imaginaire, tandis que de l'autre bras, elle s'efforçait de protéger son amie (p. 118)... Sous l'influence de l'amitié et de l'adhésivité, elle s'empara de moi ; la combativité étant stimulée en même temps de l'autre côté, elle me frappa avec la main du côté touché, tout en me retenant de l'autre comme pour me protéger (p. 120). » Braid a répété et varié ses expériences sur différents sujets.

Sans prétendre que sa doctrine phrénologique fût de

(1) Dans une autre partie de son ouvrage (p. 62), Braid montre qu'en agissant sur un seul œil, on ne détermine de phénomènes hypnotiques que du côté correspondant du corps.

tous points exacte, il faut bien avouer qu'il a compris le rôle indépendant des deux hémisphères cérébraux. On en a la preuve dans les phénomènes différents, pour le côté droit et pour le côté gauche du corps, qu'il a produits dans la même période de l'hypnotisme.

Nous trouvons encore parmi les publications récentes une autre thèse des plus instructives, celle de M. Magnin (1), qui a résumé les différentes communications faites par M. Dumontpallier et par lui devant les sociétés savantes. Il s'est attaché surtout à démontrer qu'en hypnotisme : 1° la cause qui fait, défait ; 2° que dans les trois états principaux il est possible de provoquer les contractions musculaires par excitation superficielle ; 3° que dans la succession des phénomènes hypnotiques on observe d'abord le somnambulisme, puis la catalepsie, enfin la léthargie, pour repasser par la catalepsie et le somnambulisme avant de revenir à l'état de veille.

Ces trois propositions nous semblent exactes.

La première, nous l'avons vu, est d'accord avec les faits observés par Braid. Elle est des plus importantes, et fournit une explication rationnelle des oscillations du transfert. Cependant personne ne semble y avoir songé ; aussi nous croyons qu'il ne sera pas inutile d'en exposer le mécanisme. Il s'applique à l'individu éveillé, comme à celui qui est plongé dans le sommeil artificiel.

Si l'on met un agent déterminé en rapport avec un point du corps, un aimant par exemple, et si l'on provoque le passage d'un phénomène, soit l'anesthésie, d'un côté à l'autre, il suffira de maintenir l'agent excitateur dans les mêmes conditions, pour que cet agent produise ensuite un effet contraire et défasse ce qu'il a fait. Autrement dit, si l'on fait le transfert de l'hémianesthésie,

(1) Magnin, *Étude clinique et expérimentale sur l'hypnotisme etc.* Thèse, 1884.

par exemple, de gauche à droite, le même agent, restant en place, la fera passer de droite à gauche puis de gauche à droite etc. etc. Après avoir ramené la sensibilité, il la fera disparaître, puis reparaître, etc., et ainsi s'expliquent les oscillations du transfert. Au contraire, si l'on enlève l'agent, l'équilibre se rétablira peu à peu, après quelques oscillations consécutives et tout rentrera dans l'état primitif.

La seconde proposition de M. Magnin a trait à la possibilité de provoquer la contraction musculaire par excitation superficielle dans les trois états hypnotiques. Elle est d'accord avec les faits ; car il suffit de connaître le mode d'excitation convenable, selon l'état et selon le sujet, pour obtenir une contraction musculaire par ce procédé. Mais cela ne doit pas impliquer que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'existe pas. De nouveaux faits sont nécessaires pour élucider cette question.

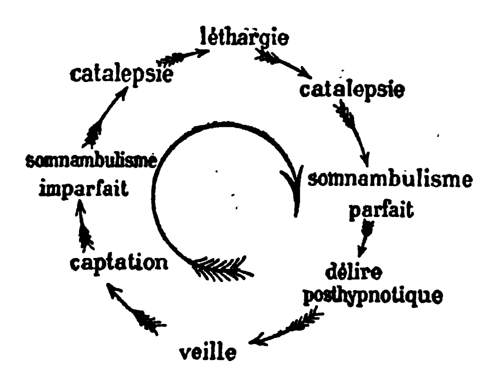
Si nous avons bien compris la pensée de M. Magnin, il prétend que dans le sommeil provoqué, les contractures musculaires proviennent de la mise en jeu de la sensibilité cutanée, et non de l'excitation directe des muscles ou des nerfs. Bien plus, les phénomènes de l'hypnotisme, quelle que soit la période considérée, seraient pour chaque côté du corps proportionnels à la sensibilité existant de ce même côté. — Mais puisque la sensibilité est si indispensable pour la production de ces phénomènes, nous ne comprenons pas que M. Magnin n'admette pas l'hypnotisme chez les sujets sains et qu'il le limite à certains malades qui ont des troubles de la sensibilité (1).

Enfin nous nous rangeons en partie à l'avis de MM. Dumontpallier et Magnin, quant à la succession des phé-

(1) Nous admettons d'ailleurs l'influence de la sensibilité sur la production de certains phénomènes. En voici une preuve. — Chez une hystérique en léthargie, nous provoquions des contractures par exci-

nomènes hypnotiques. Nous avons dit plus haut que nous admettons en outre une phase préparatoire, ou de *captation*, et une phase consécutive, ou *délire posthypnotique*. Nous avons également montré que le somnambulisme secondaire est le plus actif, et capable seul de simuler l'état de veille.

Assurément toutes ces phases ne se rencontrent pas chez tous les sujets. Plusieurs peuvent passer inaperçues, mais elles n'en existent pas moins, et il suffit de les chercher pour les observer.



Il existe également, outre ces phases principales, des phases secondaires. Ainsi le somnambulisme peut avoir lieu avec les yeux ouverts et les yeux fermés, de même la catalepsie avec les yeux ouverts et les yeux fermés, ainsi que la léthargie. Cette dernière peut encore se faire remarquer par la persistance de la conscience et le souvenir au réveil : c'est la léthargie lucide des auteurs. Mais nous ne pouvons nous appesantir sur chacune de

tation directe. Nous projetons de même un rayon de soleil, réfléchi par un miroir, sur l'avant-bras mis à nu. A notre grand étonnement, au lieu de la contraction musculaire attendue, nous voyons le sujet ouvrir les yeux et entrer en catalepsie. Nous n'avions cependant pas impressionné la rétine, même à travers les paupières. La lumière avait donc agi sur les nerfs périphériques comme elle l'aurait fait sur la rétine.

ces divisions. Qu'il nous suffise de dire que le somnambulisme avec les yeux fermés est plus spécialement un somnambulisme passif, où la spontanéité fait le plus souvent défaut. Au contraire le somnambulisme avec les yeux ouverts est toujours un somnambulisme actif qui ressemble, à s'y méprendre, à l'état de veille. On ne trouve, pour différencier ce dernier état de la veille, que l'ignorance de ce qui s'est passé, après l'accès, un caractère plus gai, une humeur plus entreprenante, des facultés plus brillantes, une tendance aux sentiments tendres, à l'expansion, au mouvement, enfin le dédain des préjugés sociaux et l'exagération du sentiment de la personnalité.

C'était bien le cas de Félida et des autres somnambules spontanées (somnambulisme total) dont on a rapporté les observations. En outre nous trouvons en pathologie mentale des phénomènes identiques. M. Luys a prouvé que certains paralytiques généraux ont des obnubilations passagères de la conscience, avec besoin de mouvement, marches ou voyages sans but, et ignorance totale, après l'accès, de ce qui s'est passé. (*Encéphale* 1881 n° 2) (1).

En parlant du somnambulisme, nous avons dit qu'il y a, au réveil, ignorance de ce qui s'est passé et non oubli, comme l'admettent la plupart des auteurs. Cette remarque avait été faite par M. P. Despine, et elle nous semble parfaitement exacte. On ne saurait oublier ce qui n'a pas été perçu, et la personnalité du sujet est si distincte à l'état de veille et à l'état de somnambulisme, qu'il faut bien admettre que l'individu à l'état de veille, n'ayant jamais eu connaissance de ce qui s'est passé à l'état de somnambulisme, n'a pu l'oublier : il l'ignore.

(1) M. Luys a montré que les mêmes paralytiques généraux ont une tendance marquée à tomber en catalepsie, et, surtout, que les suggestions réussissent parfaitement chez eux, de même que chez certains persécutés.

La conscience existe pourtant durant le somnambulisme. Ce qui le prouve, c'est la possibilité de se souvenir, dans un accès ultérieur, de ce qui s'est passé pendant les accès précédents. Elle existe eucore dans les différentes phases de l'hypnotisme, et à un degré qu'on ne soupçonne pas généralement. Nous nous rangeons donc tout à fait à l'avis de M. Bernheim lorsqu'il dit : « A tous les degrés, l'hypnotisé entend l'opérateur; il a l'attention et l'oreille fixées sur lui : alors même qu'il reste immobile, insensible, la face inerte comme un masque, détaché en apparence du monde extérieur, il entend tout, soit que plus tard il en ait conservé le souvenir, soit qu'il l'ait perdu. La preuve, c'est que, sans le toucher, sans lui souffler sur la figure, le simple mot « Réveillez-vous, » une ou plusieurs fois répété devant lui, le réveille (1).

Le fait est évident, surtout pour le somnambulisme, comme le produit M. Bernheim. Il l'est également pour la catalepsie. Dans ces deux états, la suggestion est manifeste, même la suggestion orale. Si l'on dit à un sujet (bien entraîné), en catalepsie : « quand je frapperai des mains vous vous réveillerez », il faut bien croire, puisqu'il se réveille, qu'il y a une forme de la conscience qui persiste chez lui.

De même, nous avons rapporté (2) l'observation d'une hystérique tombée spontanément en léthargie, qui restait insensible aux excitations les plus douloureuses, et qui ne sortit de son sommeil que le jour où sa mère s'approcha d'elle et lui adressa la parole.

Dans la léthargie provoquée, dans la coma hynoptique de Braid, la conscience subsiste encore. On peut s'en convaincre par exemple en réveillant le sujet et en le

(1) Bernheim. *Société de Biologie*, 2 août 1884.
(2) Descourtis. *Léthargie hystérique*. Encéphale, n° 4. 1881.

tirant de cet état au moyen d'une suggestion convenue d'avance ou même exprimée au moment actuel.

Il existe encore un fait bien inexplicable, mais qui n'en est pas moins réel et que chacun peut répéter. Il prouve la persistance de la conscience, et d'une conscience telle, qu'elle permet au sujet de se rendre compte de toutes les modifications organiques qui se passent chez lui, bien mieux que ne le ferait une personne à l'état de veille. — Si je dis à un sujet, suffisamment sensible, de s'endormir à tel commandement, il tombe en léthargie lorsque l'ordre est donné. Mais si je précise, et si je lui dis de tomber en catalepsie à tel moment, la catalepsie se produit ; de tomber en léthargie avec hyperexcitabilité neuro-musculaire à tel autre, le phénomène se produit encore ; de tomber en somnambulisme, les yeux ouverts ou les yeux fermés, à ma volonté, le somnambulisme se produit tel que je l'ai demandé. Bien plus, je puis faire passer le sujet d'un état hypnotique à l'autre par simple suggestion.

Il en résulte qu'il faut bien se mettre en garde contre les erreurs d'observation auxquelles pourrait conduire cette persistance de la conscience. Toutefois ce ne serait pas une raison suffisante pour croire que les sujets prennent plaisir à tromper l'observateur (1). Au contraire on pourrait leur reprocher trop de bonne volonté pour faire réussir les expériences. En voici un exemple. — Une hystérique est en catalepsie, un bras en l'air, l'autre accolé au tronc : je dis à une personne présente que je mets un aimant à côté de la malade. Peu à peu le transfert des attitudes se produit, puis nous observons les oscillations d'un côté à l'autre, absolument comme s'il y avait un aimant. La malade a-t-elle voulu nous tromper ? Loin de là ; nous lui avons suggéré l'idée d'un phénomène et le phénomène se produit, parce qu'elle le con-

(1) Pitres, loc. cit., p. 60.

naît. C'est conforme à tout ce que nous connaissons en hypnotisme, et aux remarques faites par Braid, lorsqu'il disait que la sympathie et l'obéissance étaient le propre des hypnotisés.

Malgré tout, si l'on ne veut pas s'exposer à des erreurs d'observation, il faudra se mettre en garde contre ces tromperies voulues ou non, mais toujours conscientes, du sujet. Ce sont elles qui ont fait douter, bien à tort, de la réalité de beaucoup de phénomènes hypnotiques et autres (aimant, métaux etc.) (1)

Pour se rendre un compte exact de ce qui a été fait en hypnotisme depuis quelques années, nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à l'excellent travail de M. Bottey (2), ancien interne de M. Luys, où l'on trouvera un historique complet de la question, un exposé méthodique de toutes les expériences qui ont été tentées, et beaucoup d'idées personnelles

M. Bottey a montré que l'hypnotisme chez les sujets sains est un fait réel, et qu'il n'est pas nécessaire, pour l'expliquer, d'invoquer une névrose, même momentanée, même expérimentale. Il a bien établi les caractères de la catalepsie, du somnambulisme et de la léthargie, et s'est longuement étendu sur les procédés hypnogènes.

Son livre, où la rigueur de l'observation ne le cède en rien à la clarté et à l'élégance du style, sera consulté avec fruit par toute personne soucieuse de se tenir au courant des progrès scientifiques de notre époque.

CONCLUSIONS

L'étude de l'hypnotisme, poussée très loin par Braid, il y a plus de 40 ans, a reçu une nouvelle impulsion

(1) Si l'on veut nous permettre de résumer notre pensée en un seul mot, nous dirons que les hypnotisés comme les hystériques, se trompent plus souvent qu'ils ne cherchent à tromper.

(2) D. F. Bottey *Le magnétisme animal. Étude critique et expérimentale sur l'hypnotisme.* Paris, 1884.

dans ces derniers temps. Elle a permis d'expliquer beau coup de faits, jusque là incompréhensibles, et a jeté une vive lumière sur un certain nombre de points de physiologie, de psychologie et de médecine légale.

Elle a prouvé l'influence du moral sur le physique, influence si grande que l'on peut souffrir d'une maladie, par la seule idée qu'on l'a, et qu'on peut en mourir, uniquement par *autosuggestion* (1).

En médecine légale, elle nous a appris que le sujet devient un véritable jouet entre les mains de celui qui veut en abuser, et que, la suggestion s'étendant à des personnes saines, ni hystériques, ni même hypnotisées, la responsabilité se trouve singulièrement déplacée (2).

De même, en psychologie, elle a fourni de nouveaux éléments à l'appréciation du moi, de la personnalité, du libre arbitre, de la conscience etc. etc.

Quant à la phrénologie, elle a prouvé que ce système était trop dédaigné et qu'il y avait lieu de s'y intéresser de nouveau. Tout au moins, en fait de localisations cérébrales, elle a donné lieu à des recherches très-intéressantes et capables de porter des fruits.

Enfin elle a fourni quelques notions nouvelles et inattendues sur la partie suggestive de la thérapeutique, et a permis d'apprécier plus exactement différents phénomènes de pathologie mentale, que l'observateur reproduit à son gré, sur toutes leurs formes et avec toutes leurs variétés, dans les meilleures conditions de contrôle désirables.

Il est donc légitime d'espérer que l'hypnotisme rendra

(1) Les hypochondriaques *souffrent* de maladies imaginaires. — De même on connait l'histoire de ce condamné à mort, auquel des médecins bandèrent les yeux, qu'ils étendirent sur un lit, et auquel ils firent le simulacre d'ouvrir les quatre veines. De l'eau, coulant goutte à goutte dans des bassins, fit croire au patient qu'il perdait tout son sang. Peu à peu ses forces s'affaiblirent, et il mourut de syncope, *par suggestion.*

(2) Liégeois, loc. cit., p. 45 et passim.

autant de services, dans l'étude des facultés psychiques, que la physiologie expérimentale la mieux dirigée, unie à l'observation clinique la plus rigoureuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(3e trimestre 1884.)

Séance du 15 Juillet. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Sur la distribution topographique des dégérescences secondaires, consécutives aux lésions destructives des hémisphères cérébraux, chez l'homme et chez quelques animaux.* Note de M. A PITRES.

« Les lois qui président au développement des dégénérescences du faisceau pyramidal chez l'homme, à la suite des lésions destructives partielles des hémisphères cérébraux, peuvent être formulées de la façon suivante :

« 1° Les lésions destructives, même très étendues, des régions non motrices des hémisphères cérébraux ne donnent jamais lieu à des dégénérescences descendantes.

« 2° Les lésions destructives, même peu étendues, des régions motrices des hémisphères cérébraux (circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, lobule paracentral, faisceaux blancs sous-jacents à ces régions de l'écorce) provoquent toujours, après quelques semaines de survie du sujet, des dégénérescences descendantes du faisceau pyramidal.

« 3° Ces dégénérescences suivent, dans l'étage inférieur du pédoncule cérébral, dans la protubérance et dans la pyramide antérieure bulbaire, du côté correspondant à la lésion cérébrale, un trajet invariable qui correspond exactement au trajet connu du faisceau pyramidal. Dans la moelle épinière, au-dessous de l'entrecroisement des pyramides, la dégénérescence n'occupe pas invariablement les mêmes régions. Tantôt elle siège exclusivement dans le cordon latéral du côté opposé à la lésion cérébrale (Ludwig Türck), tantôt elle se trouve à la fois dans le cordon latéral du côté opposé à la lésion cérébrale et dans la partie la plus interne du cordon antérieur du côté correspondant (Ludwig Türck), tantôt enfin elle existe dans les deux cordons latéraux (A. Pitres).

« J'ai institué une série d'expériences dans le but de rechercher si les dégénérescences secondaires d'origine cérébrale se produisent et se distribuent chez les animaux d'après les mêmes lois que chez l'homme. La technique de ces expériences est des plus simples. Elle consiste à détruire par abrasion certains points bien déterminés du cerveau, à laisser vivre les animaux pendant un temps assez long pour que les dégénérescences aient acquis tout leur développement (de six à douze mois) et à étudier ensuite, à l'œil nu et au microscope, les différentes parties de l'axe nerveux, au-dessous de la lésion initiale.

« Ces expériences ont fourni les résultats suivants :

« A. *Chez les chiens et les chats*, les lésions destructives des lobes occipitaux (régions non excitables) ne provoquent pas de dégénérescences secondaires, quelle que soit la durée de la survie des animaux. Les lésions destructives des circonvolutions qui avoisinent le sillon crucial (régions excitables) donnent lieu, au contraire, à des dégénérescences descendantes très appréciables.

« Les parties dégénérées occupent, dans le pédoncule, la protubérance et la pyramide antérieure bulbaire du côté correspondant à la lésion cérébrale un trajet identique à celui qu'elles occupent chez l'homme, et le volume du faisceau dégénéré est proportionnellement aussi considérable. Dans la moelle épinière, le faisceau dégénéré est beaucoup plus grêle qu'il ne l'est chez l'homme. Il occupe ordinairement le centre du cordon latéral du côté opposé à la lésion cérébrale.

« Quelquefois la dégénérescence se trouve dans les deux cordons latéraux. Jamais la portion interne des cordons antérieurs n'a été trouvée altérée. Ce qui frappe surtout dans l'examen des dégénérescences descendantes chez les chiens et les chats, c'est la gracilité des faisceaux dégénérés dans la moelle épinière et le volume relativement beaucoup plus considérable des faisceaux dégénérés dans le pédoncule ou la protubérance.

« B. *Chez les lapins et les cobayes*, la destruction des lobes occipitaux ne provoque pas de dégénérescence secondaire. La destruction des régions excitables des circonvolutions donne lieu, au contraire, à une dégénérescence descendante qu'il est facile de suivre dans le pédoncule, dans la protubérance et dans la pyramide antérieure du côté correspondant. Mais chez ces animaux la dégénérescence ne dépasse pas la

partie inférieure du bulbe. Elle ne se propage jamais dans les faisceaux blancs de la moelle épinière.

« C. *Chez les pigeons et les poules*, l'ablation de la totalité d'un hémisphère cérébral ne provoque aucune espèce de dégénérescence descendante ni dans la moelle allongée, ni dans la moelle épinière. Il convient de bien spécifier ici que, dans nos expériences, les lobes cérébraux proprement dits sont seuls en question. Toutes les fois que nous avons tenté d'enlever en même temps les lobes optiques, les animaux ont succombé peu de jours après l'opération et à une époque où les dégénérescences n'auraient pas encore eu le temps de devenir appréciables, si tant est qu'elles aient dû se produire.

« De la comparaison des faits précédemment indiqués, il résulte que les communications anatomiques qui unissent le cerveau et la moelle ne sont pas établies sur un type uniforme chez tous les vertébrés.

« *Chez l'homme*, une grande partie des fibres qui partent des régions motrices de l'écorce cérébrale se prolongent directement jusque dans la moelle épinière, où elles se terminent. *Chez lui, les fibres cortico-médullaires directes sont très nombreuses.*

« *Chez le chien et le chat*, la majeure partie des fibres qui partent des régions excitables de l'écorce cérébrale s'arrête dans les noyaux gris de la protubérance et du bulbe, et *les fibres cortico-médullaires sont relativement peu abondantes.*

« *Chez le lapin et le cobaye*, toutes les fibres qui partent des régions excitables des hémisphères cérébraux s'arrêtent dans la protubérance ou le bulbe : *il n'y a pas de fibres cortico-médullaires directes.*

« Enfin, *chez les pigeons et les poules*, les lobes cérébraux ne sont pas réunis par des faisceaux distincts aux parties sous-jacentes de l'axe nerveux. *Il n'y a pas chez eux de faisceau pyramidal, ou tout au moins ce faisceau, s'il existe, n'a pas son point de départ dans les lobes cérébraux.*

« Ces différences dans les rapports qui unissent le cerveau aux centre nerveux inférieurs chez l'homme et chez les animaux habituellement employés dans les recherches physiologiques nous paraissent de nature à expliquer un certain nombre des opinions contradictoires, qui ont été émises par les cliniciens d'un côté et par les physiologistes de l'autre, dans la question des localisations cérébrales motrices. »

Séance du 11 août — PHYSIOLOGIE. — *De l'influence du travail intellectuel sur l'élimination de l'acide phosphorique par les urines.* Note de M. A. MAIRET.

« Dans une précédente Note, nous avons indiqué les rapports qui existent entre l'acide phosphorique d'une part, la nutrition générale et la nutrition du muscle d'autre part; dans la présente Note, nous nous proposons, par l'étude des modifications qu'imprime le travail intellectuel à l'élimination de l'acide phosphorique, d'indiquer les rapports qui existent entre cet acide et la nutrition du système nerveux.

« Lorsqu'on veut, pour le travail intellectuel, rechercher les modifications qu'il produit sur l'élimination de l'acide phosphorique par les urines, il faut, comme pour le travail musculaire, tenir compte de son intensité et de la nature de l'alimentation. Toutefois le travail intellectuel produit dans l'élimination de l'acide phosphorique des modifications qu'on retrouve avec n'importe quel genre de nourriture et qui consistent en une diminution de l'acide phosphorique uni aux alcalis et de l'azote.

« Mais, pour se rendre un compte exact des modifications que produit l'activité cérébrale sur l'élimination de l'acide phosphorique, il faut tenir compte de la nature de l'alimentation et de l'intensité du travail. Lorsque l'alimentation est peu riche relativement à l'intensité du travail, une nouvelle modification apparait dans l'élimination des phosphates : le chiffre de l'acide phosphorique uni aux terres augmente.

« *a.* Pour un même régime, plus le travail intellectuel est intense, plus le chiffre de l'acide phosphorique uni aux terres augmente.

« *b.* Pour un même travail, le chiffre de l'acide phosphorique uni aux terres rendu par les urines est plus ou moins considérable, suivant la richesse de l'alimentation. Tandis que chez l'individu, soumis à un régime mixte, un travail intellectuel de sept heures produit une augmentation de 0 gr. 02 seulement dans le chiffre de l'acide phosphorique uni aux terres rendu par les urines en vingt-quatre heures, cette augmentation monte à 0 gr. 08 lorsque cet individu est soumis à un régime végétal et à 0 gr. 09 lorsqu'il est à l'état de diète.

« Lors donc que l'intensité du travail intellectuel dépasse la richesse de l'alimentation, *ce travail augmente l'élimination de l'acide phosphorique uni aux terres.*

« Comment expliquer les modifications qu'imprime le travail intellectuel à l'élimination de l'acide phosphorique et de l'azote ? Nous ne pouvons à cet égard qu'indiquer les résultats auxquels nous conduisent nos recherches :

« 1° L'acide phosphorique uni aux terres qu'on retrouve en excès dans les urines sous l'influence du travail intellectuel est un acide phosphorique de déchet qui se lie aux échanges nutritifs que produit ce travail au sein de la substance nerveuse,

« 2° La diminution de l'azote reconnaît comme cause un ralentissement de la nutrition générale. Il en est de même de la diminution de l'acide phosphorique uni aux alcalis; toutefois, celle-ci a encore une autre origine ; elle provient en partie de ce qu'une certaine quantité de phosphates alcalins est absorbée par la substance nerveuse pour produire le travail et sert à compenser les pertes en acide phosphorique que le travail fait subir à cette substance. Comme conclusions, nous dirons :

« 1° *L'acide phosphorique est intimement lié à la nutrition et au fonctionnement du cerveau. Le cerveau, en fonctionnant, absorbe de l'acide phosphorique uni aux alcalis et rend de l'acide phosphorique uni aux terres*;

« 2° *Le travail intellectuel ralentit la nutrition générale*;

« 3° *Le travail intellectuel modifie l'élimination de l'acide phosphorique par les urines ; il diminue le chiffre de l'acide phosphorique uni aux alcalis et augmente le chiffre de l'acide phosphorique uni aux terres.*

« Si maintenant nous résumons et comparons entre eux les résultats que nous ont fournis nos recherches relatives à la nutrition générale, au travail musculaire et au travail intellectuel, nous voyons que l'acide phosphorique se lie à la nutrition du muscle, du système nerveux et à la nutrition générale. Toutefois, ces différents facteurs font sentir différemment leur action sur l'élimination de l'acide phosphorique et de l'azote; tandis que le système nerveux, en fonctionnant, diminue l'acide phosphorique uni aux alcalis et l'azote et augmente l'acide phosphorique uni aux terres, le muscle en activité agit d'une manière inverse : il augmente l'acide phosphorique uni aux alcalis et l'azote et tend à diminuer l'acide phosphorique uni aux terres ; enfin la nutrition générale agit dans le même sens sur les deux espèces de phosphates et sur l'azote. Par conséquent, lorsque, dans un cas donné, ces

facteurs, système nerveux, muscle, nutrition générale, agiront simultanément, on pourra faire la part qui revient à chacun d'eux dans les modifications constatées dans l'élimination de l'acide phosphorique en étudiant comparativement l'élimination de l'azote, de l'acide phosphorique uni aux alcalis et de l'acide phosphorique uni aux terres. »

Séance du 18 août — PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur les modifications de la nutrition du système nerveux produites par la manie, la lypénamie et l'épilepsie.* Note de M. A. MAIRET, (de Montpellier).

« Dans deux Notes communiquées précédemment à l'Académie, nous avons en nous basant sur les modifications imprimées à l'élimination par les urines de l'acide phosphorique uni aux terres, de l'acide phosphorique uni aux alcalis et de l'azote, montré que l'acide phosphorique est lié à la nutrition générale, à la nutrition du muscle et à celle du système nerveux, et qu'il est possible, lorsque ces différents facteurs agissent en même temps dans un cas donné de distinguer ce qui revient à chacun d'eux dans les modifications produites. Nous avons reporté ces notions physiologiques dans le domaine de la Pathologie, et, étudiant l'élimination de l'acide phosphorique et de l'azote dans certaines maladies fonctionnelles du système nerveux, l'aliénation mentale et l'épilepsie, nous avons recherché si ces maladies ne modifient pas cette élimination et si, sous leur influence, les échanges nutritifs qui se passent au sein du système nerveux ne sont pas modifiés. Ce sont les résultats que nous avons obtenus dans la manie, la lypémanie et l'épilepsie qui font l'objet de la présente note.

« *Manie.* — Au point de vue des modifications qu'elle imprime à l'élimination de l'acide phosphorique et de l'azote, la manie peut être divisée en quatre périodes : agitation, dépression, rémission et convalescence, dont l'action se traduit ainsi que l'indique le Tableau suivant :

		Acide phosphorique		
	Azote.	total.	uni aux terres.	uni aux alcalis.
Agitation........	Augmenté	Augmenté	Augmenté	Augmenté
Dépression	Diminué	Diminué	»	Diminué
Rémission.......	»	»	Diminué	»
Convalescence...	»	»	Diminué	»

« L'agitation augmente l'élimination de l'acide phosphorique et de l'azote; toutefois, pour qu'il en soit ainsi, il faut qu'elle ait une certaine intensité. De plus, lorsque l'on considère l'agitation à la période d'état et à la période de déclin de la maladie, alors cependant que, au point de vue des phénomènes extérieurs, ces phénomènes sont aussi intenses dans cette dernière période que dans la première, on voit qu'à la période d'état l'acide phosphorique uni aux terres est plus augmenté qu'à la période de déclin, et, comme l'intensité des troubles intellectuels distingue seule ces deux périodes, on est amené à attribuer à ces troubles cette agmentation des phosphates terreux. Cette manière de voir s'impose lorsqu'on étudie comparativement les périodes d'agitation et de dépression; dans cette dernière période, en effet, les troubles cérébraux persistant, le chiffre de l'acide phosphorique uni aux terres est augmenté. Nous pouvons donc dire que, *dans la manie, les échanges nutritifs qui se passent au sein du système nerveux sont augmentés.*

« L'augmentation de l'acide phosphorique uni aux alcalis et de l'azote reconnaît une autre cause que celle des phosphates unis aux terres ; elle est intimement liée à l'élément agitation, elle augmente ou diminue avec lui et disparaît lorsqu'il disparaît ; évidemment c'est à la suractivité du système musculaire qu'elle doit être rattachée. Cependant l'augmentation de l'acide phosphorique et de l'azote reconnait encore dans la manie une autre cause que celles que nous venons d'indiquer : elle se rattache en partie à une suractivité de la nutrition générale, nutrition qui est au contraire ralentie pendant la dépression. En résumé, nos recherches sur la manie nous conduisent aux conclusions suivantes :

« *1° La manie modifie diversement, suivant les périodes, l'élimination par les urines de l'acide phosphorique et de l'azote;*

2° Elle modifie les échanges nutritifs qui se passent au sein de la substance nerveuse; elle les augmente;

3° Elle retentit sur la nutrition générale, qu'elle suractive dans les périodes d'agitation et qu'elle ralentit dans les périodes de dépression.

Lypémanie. — La lypémanie, surtout quand l'anxiété est très accusée augmente le chiffre de l'acide phosphorique uni aux terres et diminue le chiffre de l'acide phosphorique

uni aux alcalis et de l'azote, donnant lieu à des modifications dans l'élimination de ces subtances semblables aux modifications que produit le travail intellectuel et qui sont susceptibles des mêmes interprétations ; de sorte que nous pouvons dire :

« 1° *La lypémanie augmente les échanges nutritifs qui se passent au sein de la substance cérébrale.*

2° *Elle ralentit la nutrition générale.*

Épilepsie. — L'épilepsie, en dehors des attaques et de l'état de mal, ne modifie pas l'élimination de l'acide phosphorique et de l'azote. Les attaques d'épilepsie augmentent l'excrétion des deux espèces de phosphate et de l'azote, mais l'augmentation de l'acide phosphorique uni aux terres et proportionnellement plus considérable que celle de l'acide phosphorique uni aux alcalis et de l'azote; de plus, elle se retrouve en dehors des attaques sous l'influence des seuls vertiges : elle ne se lie donc pas à l'activité musculaire qui accompagne les attaques et ne peut être rattachée qu'au système nerveux dont elle traduit le déchet. Inversement, l'augmentation de l'acide phosphorique uni aux alcalis et de l'azote, intimement liée aux attaques, se rattache évidemment à la mise en activité du système musculaire que celles-ci entraînent après elles. L'état de mal épileptique produit, dans l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique, des modifications de même ordre que celles produites par les attaques et qui, comme celles-ci, reconnaissent la même origine.

« Ces différents faits établis, nous pouvons résumer comme suit les rapports qui existent entre l'épilepsie et l'acide phosphorique :

1° *Dans l'épilepsie, en dehors des attaques et de l'état de mal épileptique, l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique par les urines n'est pas modifiée ;*

2° *Les attaques et l'état de mal augmentent l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique; ils suractivent les échanges qui se passent au sein du système nerveux.*

« Les recherches dont nous venons d'indiquer les résultats nous montrent que les maladies fonctionnelles du système nerveux modifient les échanges qui se font au sein de ce système et que l'examen des urines peut rendre compte des modifications produites. C'est bien en effet à la nutrition qu'il faut attribuer les modifications que nous avions constatées dans l'élimination des phosphates; ces modifications sont

indépendantes de la forme que revêt l'activité nerveuse : elles existent lorsque celle-ci s'exprime par des troubles de l'idéation, comme dans l'aliénation mentale, ou par des troubles d'un autre ordre, comme dans l'épilepsie. »

Séance du 25 août. — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — *De l'action des lésions du bulbe rachidien sur les échanges nutritifs.* Note de MM. COUTY, GUIMARAES et NIOBEY.

« Les expériences justement célèbres de Cl. Bernard sur la glycosurie d'origine bulbaire, les expériences non moins remarquables de M. Brown-Séquard sur l'inhibition des échanges et sur leur dynamogénie, d'autres expériences encore de Schiff, de Dastre, de Leuchsinger, de Naunyn et Quincke nous ont amenés à nous demander d'abord si le bulbe contient des régions distinctes comme influence sur la nutrition ; ensuite si les divers troubles des mouvements, de la sensibilité, de l'urine et du sang constituent des syndromes ou des manifestations isolées. Pour répondre à ces deux questions, après plusieurs essais, nous avons fait les expériences suivantes.

« Sur un chien normal gardé au laboratoire depuis plusieurs jours, à jeun ou en digestion, nous prenions la tension du sang artériel, la température du rectum ; puis nous analysions le sang veineux (sept expériences) ou le sang artériel (onze expériences) au point de vue des gaz, du sucre et de l'urée (1).

« Après avoir fixé ainsi l'état de l'animal, nous perforions à l'aide d'un poinçon l'occipital, et nous allions piquer avec le même instrument le bulbe; ou souvent, comme dans les expériences de Cl. Bernard, nous traversions le cervelet pour atteindre secondairement le bulbe, la lésion exacte étant du reste indiquée par l'autopsie. Une heure, deux heures, trois heures après, le lendemain, nous refaisions un, deux, trois examens comparatifs de la température, de la tension, et surtout des gaz, du sucre et de l'urée du sang.

« Les résultats obtenus dans ces conditions se divisent en deux séries.

(1) Nous employions la pompe Gréhant, la potasse caustique et l'acide pyrogallique pour le gaz ; l'ébullition avec sulfate de soude, la décoloration sur le charbon, puis l'hypobromite de soude et l'appareil Regnard pour l'urée; la liqueur titrée de Fehling et la potasse en excès pour le sucre.

« Dans la première série, quatre chiens atteints de piqûres du cervelet, avec simple éraflure du bulbe et des méninges, ont présenté des troubles moteurs légers, ataxiques, paralytiques ou tremblés, sans que l'examen du sang ou de la température ait indiqué aucune variation marquée.

« Dans la seconde série, quatorze chiens atteints de lésions bulbaires plus considérables, quoique variable de siège et d'étendue, ont présenté, outre de grands troubles sensitivo-moteurs, les modifications suivantes du sang : 1° la pression dans les artères s'est toujours abaissée, quelquefois d'emblée, d'autres fois après une période très passagère d'augmentation ; 2° une heure à deux heures après la piqûre, le sucre du sang artériel ou veineux a été notablement augmenté ; 3° en même temps ou un peu avant, le gaz oxygène et surtout acide carbonique ont diminué.

« Dans toutes ces expériences, les trois phénomènes, abaissement de la tension, diminution des gaz, augmentation du sucre, ont coïncidé les uns avec les autres, sans cependant présenter de relations constantes de degré ; la tension artérielle a diminué de 1cm à 8cm ; le sucre a doublé, quelquefois triplé, atteignant 1 gme, 3, 1 gme, 8 et même 2 gme et 2 gme, 4 pour 1000 ; enfin la proportion des gaz a diminué de $\frac{1}{8}$ à $\frac{1}{4}$ par rapport à la quantité primitive.

» La glycosurie, pas plus que les autres troubles, ne constitue donc pas un trouble isolable ; comme l'a vu Schiff, elle n'est pas liée à la lésion d'une région ou centre délimité.

« A côté des phénomènes précédents, phénomènes constants et liés les uns aux autres, nous avons vu, comme Brown-Séquard, d'autres troubles variables du sang, de la température et des fonctions sensitivo-motrices.

» Quelques-uns de nos chiens ont eu du coma, d'autres ont eu des convulsions, d'autres du semi-coma et des tremblements; la pluplart de ces chiens ont présenté un abaissement considérable et durable de la température rectale, et d'autres, une augmentation très marquée ; enfin l'urée du sang a augmenté, dans presque tous les cas, deux ou trois heures après la lésion ; mais, dans deux cas, elle est restée stationnaire, et dans un cas elle a diminué.

« Nous n'avons pas réussi à établir un lien entre ces derniers phénomènes ; l'urée et la température, par exemple, ont été augmentées pendant les convulsions comme pendant les phénomènes de coma, et nous avons seulement constaté que

les trois chiens chez lesquels l'urée n'a pas augmenté ont présenté un coma profond et un abaissement de température.

« Nous demanderons des conclusions plus précises à des recherches complémentaires, faites dans d'autres conditions; il nous suffit pour aujourd'hui d'avoir établi que les lésions du bulbe, suivies de troubles nets du côté de la température ou de la composition du sang et de l'urine, se caractérisent toujours par un syndrome, augmentation du sucre, diminution des gaz artériels ou veineux, diminution de la tension, dans lequel il est impossible d'isoler un phénomène particulier, et, *a fortiori*, de le rapporter à une lésion déterminée. Le bulbe agit en même temps sur les divers processus nutritifs.

Séance du 6 octobre. — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — *Sur l'élimination de l'acide phosphorique par l'urine, dans l'aliénation mentale et l'épilepsie.* Note de M. A. LAILLIER.

« Après avoir entretenu l'Académie, le 4 et le 11 août dernier, du rôle biologique de l'acide phosphorique, M. A. Mairet a fait connaître, le 18 août, les résultats de ses recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique et de l'azote dans certaines maladies fonctionnelles du système nerveux : l'aliénation mentale et l'épilepsie.

« En 1876, j'ai présenté à la Société médico-psychologique un Mémoire résumant les recherches que j'ai faites, pendant plusieurs années, sur l'urine des aliénés. A défaut d'autres titres, ce travail avait celui d'avoir été exécuté dans un asile d'aliénés (service des hommes), dont la population s'élève au chiffre de sept cents malades, et d'être le résultat de plusieurs centaines d'analyses. J'ajoute que, résidant dans l'asile, assistant tous les jours à la visite, j'ai pu suivre les sujets dont j'examinais l'urine, me renseigner d'une manière précise sur leur alimentation, leur état physique et psychique, leur manière d'être; suivre les modifications que subissait leur délire, et, dans certains cas, celles qui étaient la résultante de leur retour à la santé.

« Les résultats que j'ai obtenus ont une grande conformité avec ceux de M. A. Mairet, et j'ai pensé que l'Académie accueillerait avec intérêt les conclusions suivantes, qui expriment en peu de mots ce que j'ai observé dans une longue pratique :

« 1° Dans le délire aigu, dans la manie aiguë, il y a élimination, en excès notable, d'acide phosphorique et d'urée.

« 2° Dans la manie avec excitation, l'élimination de l'acide phosphorique est en léger excès; celle de l'urée est normale.

« 3° Dans la manie simple, l'urine est à l'état physiologique.

« 4° Dans la lypémanie à l'état aigu ou avec excitation, il y a exagération notable dans l'élimination de l'urée, et exagération restreinte dans l'élimination de l'acide phosphorique.

« 5° Dans la lypémanie sans agitation, les doses d'acide phosphorique et d'urée éliminées ne s'écartent pas des doses physiologiques.

« 6° Dans la paralysie générale, l'excrétion de l'acide phosphorique et de l'urée est en rapport avec les états morbides si multiples que revêt cette forme d'aliénation mentale.

« 7° Dans l'épilepsie, l'urine, au moment des crises, ou immédiatement après, contient une proportion d'acide phosphorique sensiblement supérieure à la moyenne, et une proportion faible d'urée; lorsque les crises se succèdent rapidement, il y a exagération d'acide phosphorique et d'urée; dans l'intervalle des crises, l'urine est normale. »

Séance du 1er décembre. — PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Sur l'action anesthésique de la cocaïne.* Note de M. J. GRASSET, de Montpellier, présentée par M. Vulpian.

« En étudiant l'action anesthésique générale de la cocaïne on a surtout mis en lumière l'effet sur l'œil et sur les muqueuses, sans insister suffisamment sur l'*anesthésie cutanée.* Nos expériences ont été faites sur des chiens et sur des singes, les troubles de sensibilité ne pouvant guère s'observer avec certitude que sur les animaux supérieurs (1).

« Ces expériences sont encore trop peu nombreuses pour légitimer des conclusions définitives; il semble cependant permis d'espérer, dès à présent, que la cocaïne pourra rendre à la Chirurgie générale des services analogues à ceux qu'elle rend à l'Ophtalmologie; peut-être fournira-t-elle un moyen d'obtenir, au moins pour certaines opérations, un degré suf-

(1) Ces expériences ont été faites avec le concours de MM. Jeannel, préparateur, et Bonnefoux, interne.

fisant d'*anesthésie chirurgicale, sans sommeil et sans état général*, ce qui serait extrêmement précieux. »

Séance du 22 décembre. — PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Sur l'action anesthésique cutanée du chlorhydrate de cocaïne.*

Note de M. J. GRASSET, présentée par M. Vulpian.

« Des expériences (chiens et singes) indiquées dans ma première Note (séance du 1er décembre), je concluais que la cocaïne anesthésie non seulement les muqueuses (ce qui paraît aujourd'hui absolument acquis), mais encore la peau. La démonstration ne peut se faire complète et concluante que sur l'homme. C'est chez l'homme (à l'état physiologique) qu'ont été faites les expériences dont la présente Note donne les résultats :

« En résumé, il paraît démontré que l'injection hypodermique de 0 gr. 01 de chlorhydrate de cocaïne produit, *chez l'homme*, une *zone d'anesthésie cutanée* très nette, sans phénomènes généraux et avec des suites locales insignifiantes. Cette anesthésie dure un temps suffisant pour qu'on puisse faire un certain nombre d'opérations chirurgicales. Si l'on veut appliquer ce moyen pour l'anesthésie opératoire locale, il sera bon d'*injecter* 0 *gr.* 01 *ou* 0 *gr.* 02 *au moins*, *de faire arriver le liquide juste au-dessous de la région que l'on veut inciser et d'opérer cinq à dix minutes après l'injection.* »

CH. VALLON.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

NOTES SUR LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS EN NORWÈGE

M. PAUL MOREAU (de Tours). — Messieurs, ayant eu pendant ces vacances l'occasion de faire un voyage en Norwège, j'ai visité les asiles d'aliénés de la Scandinavie.

D'après le livre où s'inscrivent les visiteurs dans les asiles, je n'ai relevé aucun nom de Français et *a fortiori* de médecin français! Grâce à l'accueil bienveillant que m'a fait trouver près de nos savants confrères, le nom de mon père, grâce à

leur connaissance de la langue française et anglaise, j'ai pu obtenir de précieux renseignements.

Je commencerai par décrire brièvement les établissements consacrés aux aliénés, les réflexions générales viendront ensuite.

On a dit et répété à satiété, après Esquirol, que les bonnes dispositions d'un asile faisaient partie du traitement. Cela était vrai surtout à l'époque où Esquirol s'exprimait ainsi, alors que les infortunés dont il avait si chaleureusement embrassé la cause, étaient relégués dans d'affreuses demeures qui ont aujourd'hui disparu pour faire place à de splendides palais! Ces conditions sont aussi complètement réalisées que faire se peut en Norwège, ainsi que nous le verrons.

Les asiles d'aliénés, en Norwège, sont de trois sortes : asiles de l'État, asiles communaux, asiles privés.

Les asiles de l'État sont au nombre de trois : ce sont par ordre d'ancienneté, Gaustad, Rotwold, et Eg.

Cinq dépendent des communes : ce sont les asiles de Christiania, de Christiansand, de Stavanger, de Bergen et de Trondhjeim. Deux enfin appartiennent à des particuliers; ce sont les asiles de Rosemberg et de Mollendal.

L'ensemble de ces asiles donnent 1,275 places réparties de la manière suivante :

Gaustad,	330	places.	moitié pour les hommes. moitié pour les femmes.
Rotwold,	200	places.	» »
Eg,	230	places.	
Christiana,	120	places.	76 pour les hommes. 44 pour les femmes.
Christiansand,	21	places.	
Stavanger,	5	—	
Bergen,	55	—	
Trondhjeim,	58	—	
Rosemberg,	160	—	105 pour les hommes. 55 pour les femmes,
Mollendal,	56	—	

Le plus ancien des asiles de l'État est Gaustad, dont la fondation remonte à 1855. Avant cette époque, tous les malades étaient traités dans les asiles communaux, dans les asiles privés; le plus souvent, surtout dans les pays montagneux,

où les communications sont assez difficiles, où le nombre des babitants est très restreint, les malades restaient et restent encore libres. Tant que ces infortunés sont inoffensifs, on les laisse errer à leur guise dans le pays où ils trouvent toujours l'abri et la nourriture. Mais s'ils deviennent dangereux, on les enferme et, quand il se peut, on les amène à l'asile le plus proche. Durant mon séjour en Norwège, j'ai rencontré quatre de ces malheureux : deux étaient des idiots, le troisième était en démence, le dernier était atteint du délire religieux ; mais ces faits sont maintenant assez rares, presque exceptionnels.

Gaustad, le plus anciennement construit, disions-nous, est situé à quelques kilomètres de Christiania. Bâti à mi-côte des montagnes qui entourent la ville et l'abritent du vent du nord, l'asile jouit d'un des plus belles vues qui soient au monde : A ses pieds, la ville avec ses innombrables jardins qui la font ressembler à un immense parc parsemé de coquettes villas, son port où viennent s'arrêter les grands bâtiments à vapeur et à voiles qui parcourent le monde entier, puis, plus au large, le spectacle unique de ces fiords aux innombrables îles, toutes plus vertes et plus riantes les unes que les autres. On ne saurait rien imaginer de plus pittoresque que cet aspect qui rappelle, mais avec un autre climat et une autre végétation, l'asile don Pédro, à Rio-Janerio, dont vous avez déjà entendu, ici-même, vanter l'admirable situation.

La forme générale de l'établissement est celle de nos asiles de Sainte-Anne, de Ville-Evrard, de Vaucluse. Deux séries de corps de bâtiment central destiné à l'administration et aux services généraux. Des galeries couvertes mettent, à l'intérieur, les bâtiments en communication entre eux et le bâtiment central.

Les jardins et les cours plantées sont dessinées de façon que chaque division a son jardin spécial. Ces jardins sont entourés de trois côtés par les bâtiments, le quatrième est libre, laissant aux malades la vue de la campagne, et fermé soit par un saut de loup soit par une palissade à clairevoie.

Pénétrons dans l'intérieur

Au centre, ai-je dit, le bâtiment des services généraux : rien de particulier à noter ici : Les pièces sont larges, bien aérées, les communications faciles.

Gaustard présente de chaque côté quatre corps de bâtiments, tous construits sur le même plan, et élevés de deux étages. Les malades logent dans des dortoirs ou dans des chambres. Les dortoirs sont affectés aux malades tranquilles, aux imbéciles, aux idiots, aux déments. Les chambres sont réservées pour les sujets dangereux, les agités, et ainsi que cela se pratique chez nous, pour ceux qui, se trouvant dans des conditions sociales plus élevées, sont habitués à un bien-être dont la privation pourrait ne pas être sans danger. Ces chambres sont meublées très-confortablement et ne manquent même pas d'un certain luxe.

Le premier bâtiment est réservé pour la première classe ou pensionnat. Les malades ont une ou deux chambres, et paient 4 couronnes par jour (5,60). Le deuxième pavillon est pour les tranquilles, le troisième pour les agités, le quatrième pour les furieux. Quand ces malades peuvent payer, ils donnent 1 couronne 35 ores, soit environ 1 fr. 80, sinon ils sont à la charge de leur commune qui acquitte pour eux les frais de séjour.

Chaque division a ses salles de réfectoire, de récréation et de travail. Dans la première division se trouve une petite salle de spectacle où, à l'exemple de ce qui se fait en France, plusieurs fois par an, on procure aux malades les distractions les plus variées.

Dans le quartier réservé aux hommes, les dispositions sont les mêmes; mais ils ont en plus des ateliers spéciaux où ils exécutent tous les petits travaux, toutes les réparations qui se présentent journellement dans les asiles.

Tous les appartements sont exposés au midi et s'ouvrent par des croisées donnant sur les campagnes environnantes, d'où le regard embrasse l'horizon immense et très accidenté. Les croisées sont fermées par un double chassis : le chassis extérieur est formé de barres de fer scellées dans le mur, disposées de manière à être complètement dissimulées par le chassis en bois et à vitres s'ouvrant à l'intérieur. Ce genre de clôture que l'on retrouve dans d'autres établissements d'Europe, en Allemagne nottamment, est fort ingénieux. Il est certain qu'à moins d'être placé à une très petite distance, soit à l'extérieur, soit à l'intériéur, il est presque impossible de s'apercevoir qu'il y a là autre chose que des croisées ordinaires. Il faut cependant faire une exception pour les cellules réservées aux agités, aux épileptiques, aux hystériques en

état de mal. Ces pièces sont très vastes, contiennent un ou deux lits, ou pour mieux dire une paillasse et un matelas à terre; dans un coin, une table et un banc scellés dans le mur, un vase indispensable en tôle vernie, dans un autre coin. Le jour vient d'en haut; ces cellules n'ayant pas d'étage au-dessus d'elles. On trouve aussi deux cellules matelassées par division.

Les dortoirs sont de 1 à 10 lits : l'ameublement se compose d'un lit en bois avec paillasse et matelas, une table de nuit, une chaise, un lavabo et portemanteau mobile. Dans chaque dortoir, un lit est occupé par un infirmier. On a consacré un dortoir de 15 lits pour les malades à idées de suicide, sous le contrôle incessant, de jour et de nuit, de deux serviteurs qui, sous aucun prétexte, ne doivent quitter ensemble la pièce confiée à leur surveillance, c'est là une mesure utile qui donne des résultats satisfaisants.

Les portes des cellules sont massives, sans judas, ni guichet : il faut ouvrir la porte pour voir ce qui se passe et ce que fait le malade. « Il ne faut pas surprendre le malade, me répondit le Dr Lindboë, lorsque je lui fis part de mon étonnement, il faut ainsi que les surveillants surveillent effectivement, sans se contenter d'un coup d'œil distrait. »

A l'extrémité de chaque couloir, et à tous les étages, se trouvent les cabinets d'aisance : Ce sont des fosses mobiles qu'on enlève chaque jour et désinfectées soigneusement avec un mélange de chlore et de sulfate de fer. L'odeur est absolument nulle.

Partout à tous les étages, se trouvent l'eau et le gaz. Quant au chauffage, nous n'en parlerons que pour mémoire, car dans ces contrées où le froid est si intense et dure pendant plus de neuf mois, on est arrivé à lutter victorieusement contre l'abaissement de la température. Qu'il suffise de dire que toutes les chambres et tous les dortoirs sont chauffés soit directement par les poêles, soit indirectement par des bouches de calorifères établis dans les sous-sols, et que la température reste constante entre 15° et 18° Réaumur, 22° centigrades.

Le traitement médical se borne au traitement des symptômes, à l'hydrothérapie, à un hygiène bien entendue. Nos savants confrères n'emploient aucun moyen de contention. La camisole y est inconnue. Si un malade s'agite, on l'isole pour quelques heures dans une cellule ou simplement dans

un couloir, puis on le remet en liberté. Si l'agitation persiste ou recommence, on enferme de nouveau le malade. Il est rare que ce simple moyen ne soit pas couronné de succès. Dans les cas les plus graves, on a alors recours à la cellule matelassée.

La crise passée, après quelques jours d'observation, le malade change de section et est mis dans une cour où les aliénés sont plus tranquilles; de cette sorte il se trouve constamment au milieu de gens qui sont en quelque sorte ses égaux en aliénation. Cette conduite donne, paraît-il, d'excellents résultats. Pour les femmes qui se déshabillent, on les revêt d'une grande robe en toile à voile, à manches libres, fermée dans le dos par un lacet et deux cadenas, un au cou, l'autre à la ceinture; pour les hommes on emploie le maillot.

A l'asile est annexée une ferme importante exploitée par les malades. Les terrains qui dépendent de l'hospice sont très considérables et les ressources viennent en aide au budget assez chargé de la maison. Le médecin est directeur assisté par des adjoints, et ne relève que de la commission déléguée par le gouvernement.

Eg, située près de Christiansand est un asile tout récent : il date de 1878. Sa situation est on ne peut mieux choisie. Comme Gaustad, il est construit à mi-côte, abrité des vents du nord, à ses pieds passe le grand fleuve Oteren. La vue est magnifique sur une campagne fertile et accidentée; des étages supérieurs on aperçoit la mer,

Le plan général de l'asile est celui que j'ai décrit plus haut, mais ne présente que quatre corps de bâtiments séparés par les bâtiments affectés au service central. La disposition intérieure est identique pour chacun d'eux : au-rez-de-chaussée, vastes chambres avec tables scellées en terre, les murs sont garnis de larges fauteuils en bois analogues aux stalles d'église, également scellés. Dans ces pièces qui servent de réfectoire, se tiennent les malades pendant le jour. Au premier étage, dortoirs et chambres construits et meublés ainsi qu'on l'a déjà vu. Les préaux plantés possèdent un promenoir couvert et sont clos, pour le pensionnat et les tranquilles, par des palissades à claire-voie de 2^m 50, et pour la section des agités par un mur en planches. Les cabinets sont à fosses mobiles et désinfectés par le mélange de sulfate de fer et de chlore. Dans la section des hommes, on y adjoint des armoires qui, au dire du

directeur, sont d'un entretien difficile et, sous ce rapport, laissent beaucoup à désirer.

Les bains sont très confortablement organisés: les baignoires sont en bois, sans couvercle, ni collier; les robinets d'eau chaude et d'eau froide sont au-dessus de la baignoire et se manœuvrent avec une clef mobile. De plus, il y a des salles d'hydrothérapie, des salles de bains de vapeur simples ou médicamenteux, qui sont précédées d'un cabinet spécial pour se déshabiller, et contiennent un divan, une toilette, une glace. Les moyens de contention et de répression sont les mêmes qu'à Gaustad : je n'y insisterai pas.

Autant que possible, les malades sont mis à même de travailler. Les hommes capables de tenir un outil s'occupent, dans les ateliers, de la réparation et de l'entretien du mobilier, les autres sont occupés aux chantiers, aux terrassements, d'autres enfin, effilochent de vieux cordages. L'espèce de charpie ainsi obtenue est ensuite tissée et sert à faire des tapis de pieds, des paillassons.

Les femmes effilochent également les vêtements mis hors d'usage, et le produit, tissé à nouveau, est utilisé pour la confection d'une espèce d'étoffe de bourre très épaisse, très chaude, que l'on emploie pour faire des jupons.

A l'asile est également annexée une ferme que les malades font valoir sous la direction de surveillants. Le terrain est vaste, bien cultivé et d'un rapport important. Notons en passant qu'il arrive parfois que des malades employés aux travaux des champs, profitent de la surveillance forcément incomplète à laquelle ils sont soumis pour s'évader, ce qui leur est d'autant plus facile, que le pays est montagneux, couvert de forêts et peu habité. Dans ce cas, le directeur prévient les autorités qui font rechercher le malade et lorsqu'au bout d'un temps plus ou moins long on l'a retrouvé, on le réintègre tout simplement à l'asile, sans autre formalité.

Eg contient également un pensionnat, dont les prix sont les mêmes que ceux que j'ai indiqués pour Gaustad. La pension des indigents est payée par la ville ou les communes.

Il existe un troisième asile, celui de Rotwold près de Trontheim. Il a été construit, en 1872, sur les mêmes plans, avec des améliorations reconnues nécessaires à Gaustad. Je n'ai pu visiter cet établissement trop loin de ma route, mais d'après les renseignements qui m'ont été fournis, il ne pré-

sente rien de particulier et se rapporte en tous points à ceux que je viens de décrire. Je ne dirai rien des asiles communaux et privés. Ce sont des bâtiments qui n'ont pas été construits pour le but qu'ils remplissent actuellement. On les a aménagés le plus confortablement possible, et comme le nombre des malades est généralement très restreint, ils suffisent et répondent parfaitement à leur destination. Mais c'est trop longuement parler des constructions, occupons-nous un peu des infortunés qui habitent ces splendides palais.

Il est à noter que, dans aucun de ces asiles, on n'a établi de distinction ni classé les malades par catégorie : toutes les formes sont confondues (exception est faite bien entendu pour les maniaques), mais dans les divisions le dément coudoie l'idiot, le persécuté fraternise avec le névropathe. Cette manière d'agir ne présente, nous a-t-on dit, aucun inconvénient. En ceci, comme en beaucoup d'autres, j'ai dû me contenter de cette affirmation, n'ayant pas eu le temps de vérifier le fait par moi-même.

Le nombre des aliénés traités dans les asiles de Norwège est relativement considérable, eu égard au nombre des habitants. Le dernier rapport officiel, publié par les soins des asiles, accuse 1837 aliénés sur une population totale de 2,500,000 habitants environ. Les causes les plus fréquentes d'aliénation sont multiples et, d'une manière générale, peuvent être attribuées à la dégénérescence physique et morale, à l'abus des alcools, aux préoccupations religieuses.

Si nous consultons la dernière statistique, celle de 1882, nous verrons que le nombre d'aliénés hommes est bien faiblement supérieur au nombre des aliénées femmes, 967 hommes et 870 femmes.

Dans l'impossibilité où je suis de traduire les documents qui m'ont été remis (1), je ne présente maintenant que de

(1) Voici la table des matières de ces documents : Introduction. Données générales sur les hospices d'aliénés de Norwège, en 1882. — Tableau du mouvement des hospices d'aliénés en 1882, indiquant pour chaque hospice le nombre des places et le total des journées d'entretien. — Tableau du mouvement des hospices d'aliénés, indiquant le nombre des indigents et celui appartenant aux classes aisées. — Cas des maladies intercurrentes, en 1882, dans les hospices, en 1882. — Nombre des aliénés en traitement dans les hospices, au 1er janvier 1882. — Nombre des entrées dans les hospices d'aliénés. — Nombre des sorties en état de guérison. — Nombre des sorties en

simples énoncés et ne lui donne que des chiffres sur les différentes formes de maladie en traitement dans les asiles scandinaves.

Je ne signalerai que les tableaux qui présentent le plus d'importance.

En 1882, il a été traité 1,837 aliénés :

		Hommes	Femmes
Gaustad..........	588	300	288
Eg...............	250	133	117
Rotwold..........	323	169	154
Christiania.......	146	88	58
Oslo.............	45	»	45
Christiansand.....	33	17	16
Stavanger........	8	4	4
Bergen...........	86	42	44
Rosemberg.......	181	125	56
Mollendal.........	75	36	39
Trondhjeim.......	102	53	49

Cas des maladies intercurrentes :

Diarrhée........	53	Erysypèle......	14
Bronchite.......	15	Tuberculose....	11

Formes d'aliénation qui ont donné le plus de malades :

		Hommes	Femmes
Mélancolie avec idées religieuses.....	505	233	282
Mélancolie avec stupeur............	14	5	9
Manie..............................	161	369	192
Démence...........................	73	431	321
Idiotie............................	57	41	16
Epilepsie..........................	60	29	31
Paralysie générale..................	32	29	3
Delirium tremens...................	6	»	»

état d'amélioration. — Nombre des sorties en état de non-guérison. — Nombre des aliénés restés en traitement. — Rapport du nombre des sorties et des décès, comparé au nombre total des aliénés traités dans les hospices. — Tableau du mouvement des hospices, et répartition par formes de maladies. — Répartition par âge et par sexe lors de l'admission dans les hospices. Durée de la maladie ou du dernier accès, lors de l'admission. — Causes de décès indiquées pour les aliénés décédés dans les hospices. — Tableau des entrées dans les hospices, en 1882, réparties par mois, — Tableau des entrées réparties par domicile des aliénés. — Tableau des entrées réparties par état civil. Tableau des entrées réparties par profession et par condition sociale. — Tableau des entrées réparties par cause présumée de la maladie. — Relevé des causes, qui ont occasionné l'application des

On remarquera ici le nombre considérable de mélancolie religieuse, avec prédominance chez la femme, et le nombre infime de paralysie générale, 32 sur 1,837 aliénés, ainsi que le peu de délirium tremens; faits d'autant plus dignes de remarque que l'abus des alcools et des liqueurs fermentées est une des plaies sociales du pays.

La répartition des aliénés par âge et par sexe, nous donne des résultats analogues à ceux que l'on observe dans les autres pays. De 15 à 40 ans, il y a augmentation, Au-dela, diminution progressive.

Nombre des sorties en état de guérison, 197 : 107 hommes, 90 femmes;

Nombre des sortie en état d'amélioration, 142 : 65 hommes, 77 femmes;

Nombre des sorties en état de non-guérison, 162 : 88 hommes, 74 femmes.

Parmi les causes de décès qui s'élèvent au nombre total de 83, on relève comme causes principales :

L'apoplexie, le marasme, la paralysie générale, la tuberculose pulmonaire. Notons aussi 2 suicides.

Comme causes ayant motivé l'entrée dans les asiles, il convient de signaler :

La folie héréditaire. la folie religieuse, les excès de boisson, les vices contre nature, la folie puerpérale, les troubles de la

mesures coercitives. — Relevé des mesures coercitives mises en exécution. — Relevé de l'application de la réclusion. — Nombre moyen par jour des aliénés occupés au travail dans les divers hospices.

Extrait du rapport sur l'établissement d'aliénés de Gaustad. — Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'aliénés de Gaustad. — Extrait du rapport sur l'établissement d'aliénés de Christiania. Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'aliénés de Christiania. — Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'Oslo. — Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'aliénés de Christiansand. — Extrait du rapport sur l'asile d'aliénés d'Eg. — Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'Eg. — Extrait du rapport sur l'établissement d'aliénés de Stavanger. — Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'aliénés de Bergen. Extrait du rapport sur l'établissement d'aliénés de Mollendal (Dr Marens).

Extrait du rapport sur l'établissemen d'aliénés de Trondhjem. — Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'aliénés de Trondhjem. — Extrait du rapport sur l'établissement d'aliénés de Rotwold. — Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'aliénés de Rotwold.

menstruation, les coups sur la tête, la frayeur et la syphilis.

Quand j'ai visité ces asiles, j'ai été frappé du calme et de la tranquilité qui régnait dans toutes les sections : nulle part je n'ai entendu ni cri, ni vocifération, et, m'ont dit nos honorables confrères, il en est presque toujours ainsi, le cas contraire est exceptionnel.

A quoi faut-il attribuer ces différences, cette sorte d'apathie que présentent les malades norwégiens?

C'est, je crois, en étudiant le climat, l'organisation physique et morale, en d'autres termes dans la constitution, les institutions politiques et religieuses des peuples du nord, que l'on pourrait en trouver l'explication.

Le climat de ce pays présente deux alternatives bien tranchées. Mais il ne faut pas oublier que la période de froid est de beaucoup la plus longue, les chaleurs de l'été étant pour ainsi dire exceptionnelles. De là une sorte d'engourdissement habituel des fonctions du système nerveux, une demi-hébétude des facultés intellectuelles, l'apathie physique et morale qui est au fond du caractère de presque toutes les classes de la société, surtout dans les basses classes, et permet d'assimiler en quelque sorte les habitants à de véritables hibernants.

On a toujours trop de tendance à l'oublier, c'est à la nature physique qu'il faut demander compte du moral. Il ne faut pas chercher ailleurs que dans l'organe, la cause immédiate des fonctions de cet organe : mais en dehors de cela il faut tenir compte aussi des causes générales, qui les vivifient, du milieu physique universel, qui les enveloppe, les pénètre, au sein duquel ils se développent.

L'absence presque absolue de l'immixtion de la plus grande partie de la population dans les affaires politiques, l'apathie, l'insouciance inhérente au caractère, peut nous expliquer le peu de fréquence de la paralysie générale.

On sait bien que, en Europe, l'homme est tourmenté par le désir de s'élever, poursuivi par l'ambition, la soif des distinctions ne l'aiguillonne pas moins que celle des richesses. Il veut monter, monter toujours. Ce mouvement ascensionnel de bas en haut remue presque également toutes les classes, toutes les professions, tous les rangs de la hiérarchie sociale. Rien de semblable ne s'observe en Norwège, où chacun, tout

au présent, peu soucieux de l'avenir, se trouve bien à sa place, se tient dans les limites que le hasard de la naissance a tracées autour de lui. Cependant la Norwège commence à sortir de sa torpeur, de son engourdissement.

Depuis quelques années les idées nouvelles tendent à s'y implanter, les Chambres ne sont plus aux seules mains d'une classe ; peu à peu l'élément populaire y prend pied ; et on est en droit de préjuger que, dans un temps peut-être rapproché, il nous sera donné d'assister à de grands événements. Alors verrons-nous peut-être aussi, les différentes formes d'aliénation se modifier, et la paralysie générale, entre autres, prendre le rang, malheureusement si important, qu'elle occupe dans nos contrées. C'est là une hypothèse que je souhaite sincèrement ne pas voir se réaliser, tout en étant dans les choses possibles.

Proposition de nomination d'une commission chargée de résumer les opinions de la Société sur les divers projets de révision de la loi de 1838.

M. Falret. — Entre l'ancienne loi et la loi nouvelle présentée au Sénat, il y a des différences qui portent sur les six questions suivantes :

1° Admission provisoire suivie de l'admission définitive à la suite de l'examen des magistrats ;

2° Surveillance des aliénés soignés à domicile par les familles ou par les tiers ;

3° Asiles spéciaux pour les aliénés criminels, ou législation spéciale applicable à ces aliénés qui ont passé devant la justice ;

4° Sorties à titres d'essai (permissions de 15 jours ou d'un mois) ;

5° Garanties à établir pour les sorties des aliénés dangereux et inoffensifs ;

6° Mesures de protection à établir pour sauvegarder les intérêts des aliénés enfermés, quand ils ne sont pas interdits.

Je demande qu'il soit nommé une commission chargée de résumer les débats qui se sont produits à ce sujet au sein de notre société, et de donner une opinion sur le nouveau projet de loi.

La proposition de M. Falret est acceptée et, à l'ordre du

jour de la séance prochaine, sera inscrite la nomination au scrutin d'une commission chargée d'étudier les questions débattues à l'occasion du nouveau projet.

C. V.

CONGRÈS

DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ITALIENNE

Atti del quatro congresso de la Societa freniatrica italiana

Analyse par le Dr Marandon de Montyel.

I. *La éducazione come profilassi de la pazzia*, par M. Roberto Adriani.

Convaincu de l'augmentation des cas de folie avec le développement de la civilisation, l'activité psychique plus grande qui en est la conséquence entraînant la perturbation de tout organe cérébral trop faible pour la supporter, M. Adriani voit dans l'éducation la meilleure prophylaxie des maladies mentales, car il la croit capable sinon de changer les conditions et les dispositions organiques préexistantes, du moins d'influencer le développement du cerveau en régularisant l'exercice des facultés. Cette éducation prophylactique de l'aliénation mentale aura pour but d'utiliser l'influence directe ou indirecte que les divers agents extérieurs au corps et que l'exercice régulier des sens, de l'intelligence, des sentiments et de la volonté, exercent sur le développement harmonique de l'organisation cérébrale; pour méthode, de proportionner l'éducation à l'évolution du cerveau, en l'adaptant strictement aux lois physiologiques de cette évolution. L'auteur étudie l'éducation au triple point de vue physique, intellectuel et moral. Après quelques considérations sur l'alimentation qui doit être fortifiante, sur les exercices du corps, sur l'éducation des sens, trop négligée ; car leur acuité favorise tout à la fois la mémoire et la bonne nutrition du

cerveau, sur l'éducation du langage, utile elle aussi à ce double point de vue, il arrive aux deux points essentiels de son travail : l'éducation intellectuelle et l'éducation morale.

M. Adriani pose en principe que le travail intellectuel est au cerveau ce que le travail physique est au système musculaire. Aussi, pour lui, les classes riches fournissent moins de fous que les classes pauvres et les aliénés par excès de travail cérébral sont d'une extrême rareté. Ce qui est nuisible ce n'est pas tant l'excès de travail considéré en lui-même que dans ses rapports avec l'évolution du cerveau. Aussi s'élève-t-il avec force contre le travail forcé imposé à l'enfance et contre le préjugé que l'esprit n'acquiert pas plus tard toute sa vigueur quand il n'a pas été cultivé de bonne heure. De nombreux et illustres exemples prouvent le contraire. De sept ans à la puberté on doit se borner à guider les enfants dans la voie de l'expérience et à régulariser leur activité psychique. L'attention à cette époque sera exclusivement fixée sur ce qui tombe sous les sens, limitée à la perception sensible des qualités des corps de façon à stimuler la mémoire dont les acquisitions se fixent par les images du langage. Or, dit M. Adriani, l'instruction qui se donne généralement dans les écoles, à aucun de ses degrés, n'est proportionnée au développement physiologique de l'esprit. Cette disproportion est la cause de modifications dangereuses dans la nutrition du cerveau. On en a la preuve dans ces accidents fréquents chez les écoliers : maux de tête surtout le soir, sommeil court et agité de rêves relatifs aux études, puis insomnie et durant le jour des idées fixes insurmontables à la volonté, enfin des vertiges et de l'irrégularité de caractère. Il est même probable que c'est d'un travail mental précoce et exagéré que proviennent certaine faiblesse et certain manque d'équilibre de l'esprit, se montrant à la puberté, sans liens avec l'hérédité vésanique, qui aboutissent plus tard à des formes variées d'aliénation. Comme conclusion pratique, M. Adriani demande qu'il soit recherché comment et dans quelle mesure sont appliquées les règles de l'hygiène mentale dans les institutions scolaires et quels obstacles opposent à leur application les lois actuellement en vigueur.

Bien que l'éducation morale se confonde en grande partie avec l'éducation intellectuelle, elle mérite, dit M. Adriani, d'être examinée en particulier. D'après l'auteur, le sens moral n'existe pas tout formé chez l'enfant ; dans les

premiers temps il fait complètement défaut, peu à peu il se développe sous l'influence de la réflexion et de l'intelligence. Ici donc, comme pour l'éducation intellectuelle, le principe essentiel est de suivre pas à pas l'évolution physiologique et de ne pas anticiper sur la marche naturelle. Rien n'est plus dangereux que de vouloir contraindre les enfants à être sages avant l'heure, surtout par des châtiments corporels douloureux. Le moment le plus favorable à l'éducation morale serait l'époque de l'adolescence et de la jeunesse, où d'ordinaire elle ne se pratique pas, car c'est celle où l'esprit déborde de sentiments généreux. Outre l'enseignement habituel de la morale, il importerait que l'on trempât le caractère du jeune homme et qu'on donnât un but à sa vie, but pratique et non de sentiment, but altruiste et non égoïste. Relativement à l'éducation de la femme l'auteur s'élève contre l'opinion assez répandue qu'elle doit être pour ainsi dire exclusivement morale. Il croit qu'une instruction suffisante en lui permettant de régulariser et de contenir l'excès de sensibilité qui est le propre de sa nature serait pour elle un préservatif contre la folie, mais il regarde comme dangereuse une culture intellectuelle trop étendue qui la détournerait des devoirs auxquels sa nature l'appelle. Enfin M. Adriani professe que l'enseignement moral dans les écoles publiques doit être indépendant de toute religion, car le sens moral vit par lui-même et a atteint un développement tel de nos jours qu'il suffit à résoudre les grands problèmes de la vie sociale à l'avantage de l'esprit que troublent les controverses religieuses, la société portant en elle-même les éléments de sa propre civilisation.

Après avoir ainsi exposé les principes de l'éducation physique, intellectuelle et morale, considérée comme prophylaxie de la folie, M. Adriani reconnaît que leur application aura moins pour effet d'exercer une influence immédiate sur les prédispositions morbides existantes que de donner aux nouvelles générations une capacité mentale plus grande et aussi une plus grande force de résistance ; d'un autre côté qu'une règle générale d'éducation ne saurait s'appliquer à tous les enfants, surtout aux héréditaires. Pour parer à ce double inconvénient, il conviendrait de pourvoir non seulement à l'instruction littéraire mais encore à l'éducation morale de la grande classe des ouvriers et des paysans, à l'aide de livres et de conférences, de récompenses et d'encou-

rangements. Il conviendrait en outre : de confier à des médecins le soin non seulement d'inspecter les écoles au point de vue de l'application des règles de l'hygiène scolaire, mais encore d'examiner chaque élève pour rechercher son état de santé physique et ses dispositions morbides, dans le but de fournir aux instituteurs des renseignements sur la méthode à suivre pour l'éducation ; 2° de fonder des établissements spéciaux pour l'éducation des héréditaires vésaniques quand il est démontré qu'ils ne peuvent sans préjudice rester dans les écoles publiques et que leur famille est dans l'impossibilité de leur donner l'éducation spéciale dont ils ont besoin ; 3° de se livrer à une étude complète de l'état physique et psychique de ces héréditaires, étude qui tout en éclairant l'histoire naturelle pathologique des fous fournirait des renseignements utiles pour la prophylaxie de la folie héréditaire.

Ce long mémoire de M. Adriani a été suivi d'une discussion plus pratique que scientifique. Les orateurs ont parlé moins de la valeur des opinions de l'auteur sur la prophylaxie de la folie par l'éducation que des obstacles qui s'opposent à l'application de ses idées. M. Verga a pourtant signalé un fait qui mérite d'être noté. Le savant aliéniste croit que l'augmentation des cas de folies signalée par M. Adriani est en partie réelle. En faisant la part due au perfectionnement de l'assistance qui attire les malades et donne confiance aux familles ainsi qu'aux progrès de la psychiatrie qui permettent de diagnostiquer la folie là où elle était autrefois méconnue, la statistique montrerait qu'en Italie le nombre des aliénés séquestrés augmenterait de trois ans en trois ans dans une proportion de beaucoup supérieure à l'augmentation de la population. Les folies qui croîtraient ainsi en nombre seraient la paralysie générale dans les classes élevées et l'alcoolisme parmi les gens du peuple, de plus l'idiotie et l'imbécillité chez ces derniers. M. Verga expliquerait ce dernier fait curieux et alarmant par les mariages entre héréditaires et aussi par le manque d'assistance aux femmes grosses et aux enfants en bas âge.

Le congrès a clos la discussion en votant à l'unanimtié une proposition de M. Buonomo chargeant son bureau d'étudier la question et de formuler des propositions pratiques immédiatement applicables qui, dans le délai de six mois, seront soumises à l'assemblée spécialement convoquée et après que les

membres en auront reçu communication quinze jours auparavant.

II. *Sulla localliззanione della sensibilità cutanea (Tattile et dolorifica) e del senso muscolare nella corteccia cerebrale*, par M. Bechterew.

M. Bechterew croit pouvoir localiser, le sens du toucher, immédiatement en arrière et en dehors de la région motrice, le siège du sens musculaire et celui de la douleur, immédiadiatement au-dessus de l'origine de la scissure de Sylvius. En effet le médecin russe avance qu'après la destruction de la région située immédiatement en arrière du gyrus sigmoïde, les stimulants légers placés sur les divers points de la moitié du corps opposée à la lésion, n'amènent aucune réaction chez l'animal, tandis que du côté correspondant à la lésion ils provoquent des mouvements caractéristiques de leur perception; en second lieu qu'après la destruction de la région qui se trouve entre le bord externe du gyrus sigmoïde et la pointe du lobe temporal en correspondance de la troisième et quatrième circonvolution, par conséquent immédiatement au-dessus de l'origine de la scissure de Sylvius, on ne constate aucun trouble de la sensibilité tactile, mais constamment des phénomènes notables de paralysie du sens musculaire dans le côté opposé à la lésion, laquelle détermine aussi des troubles constants et remarquables de la sensibilité à la douleur avec intégrité des mouvements. Toutefois M. Bechterew croit que, bien que les centres de la sensibilité musculaire et de la sensibilité à la douleur soient très voisins, ils ne se confondent pas, car, d'après ses expériences, les symptômes ont consisté, quand les lésions étaient limitées, tantôt en un trouble isolé du sens musculaire et tantôt principalement en une diminution de la sensibilité à la douleur.

M. Luciani a repoussé les conclusions de l'auteur, de nombreuses expériences faites en commun avec M. Seppilli lui ayant montré que, quelque soit le centre cortical lésé, il en résulte toujours une diminutien de mouvement, accompagné d'une diminution plus ou moins marquée de la sensibilité tactile, thermique et quelques fois aussi de la sensibilité à la douleur. La seule différence résultant de la diversité du siège de la lésion consisterait dans la localisation des symptômes à telle ou telle partie du corps et dans la prédominance des altérations, soit du mouvement, soit de la sensibilité.

M. Bianchi a déclaré ensuite que son expérience personnelle ne militait pas en faveur des idées de M. Bechterew. Il n'a jamais pu constater de différence notable dans la sensibilité tactile ou douloureuse lors de l'extirpation des diverses zones et la destruction de celles indiquées par M. Bechterew, comme siège de sensibilités tactile, musculaire et douloureuse lui a presque constamment donné des troubles visuels.

III. *Dell'impiego dell'Hachich nel trattamento dell'alienazione mentali* par M. Paul Moreau (de Tours).

M. Paul Moreau (de Tours), appelle l'attention sur les avantages du haschisch dans le traitement des lypémanies. La préparation qu'il emploie est un extrait hydro-alcoolique administré sous forme de potion ou mieux de pilule contenant chacune 25 centigr. et à la dose de 1 à 4 par jour. Le jeune et distingué médecin français rapporte quatre observations qu'il présente comme les cas types dans lesquels le haschisch est indiqué :

1° Femme de 21 ans. Dépression mélancolique. État de demi stupeur. Mutisme. Aspect inquiet. Début brusque sans cause appréciable. Pas d'hérédité. Le 10 nov. 50 centig. du médicament. Le 13, 75 centig. La malade se transforme, elle devient gaie et expansive. En janvier, la dose est ramenée à 50 centig. En fév. l'amélioration est manifeste. En mars, la malade apprécie son état, mais elle n'a gardé aucun souvenir de son délire. Le 12 avril, elle sort guérie. La guérison s'est maintenue. — 2° Femme, 36 ans. Hérédité maternelle. Stupeur consécutive à des accès d'ystero-épilepsie. Le 18 avril, deux jours après le début de l'accès, 25 centig. du médicament. Guérison en trois semaines, après transformation expansive. D'ordinaire les accès de stupeur consécutifs à ses attaques duraient de deux à trois mois. — 3° Femme, 50 ans. Mélancolie suicide datant de plusieurs mois. Excitation intellectuelle intermittente depuis plusieurs années. Troubles de la sensibilité générale, pas d'hérédité. Le 5 octobre, le traitement est institué. En juin la guérison est à peu près obtenue et tout fait espérer une prochaine sortie. — 4° Femme, 35 ans. Légère excitation. Idées confuses de persécutions, quelques fois mutisme. Pas d'héridité. Contrariété subite au moment du sevrage, Le 19 mars, traitement par le haschisch. La dose est progressivement portée à un gramme. Sortie guérie le 4 mai.

M. Moreau (de Tours), ajoute que neuf malades sont encore en traitement et qu'excepté deux qui semblent rebelles à l'action du médicament malgré les doses élevées employées depuis plusieurs mois (1,50, 2,50), toutes sont en voie de notable amélioration.

Le professeur Verga dit qu'il a expérimenté autrefois le haschisch sous forme de *Davamcsch* mais que les résultats obtenus lui parurent si douteux qu'il n'osa pas les publier. Il croit qu'avec une préparation sûre comme celle employée par M. Moreau (de Tours), il n'en sera pas ainsi.

IV. *Lo Sviluppo et lo stato attuale dei provedimenti, relativi agli alienati en Austria.* Par von KRAFFT-EBING.

L'assistance des aliénés a été très longue à s'établir en Autriche et aujourd'hui encore elle laisse beaucoup a désirer. M. Krafft-Ebing nous apprend qu'en 1861, il n'existait guère d'asiles dignes de ce nom que dans le Tyrol, la Basse-Autriche et la Bohême. De 1881 à 1883 des efforts sérieux et persévérants ont été faits et à cette dernière année l'Autriche indépendamment de la Hongrie comptait 19 établissements publics qui hospitalisaient plus de six mille aliénés et quatre établissements privés situés à Vienne qui recevaient près de 200 malades. La construction de ces établissements est en général celle des asiles fermés. Ils sont déservis par 70 médecins environ. A Vienne, Prague, Graz et Halle existe un enseignement de la psychiatrie. Les cours ne sont pas obligatoires, mais la moitié des étudiants les suit. Sur 45 millions d'habitants, l'Autriche ne compte officiellement que 20 mille aliénés dont 7,542 sont enfermés soit dans des asiles soit dans des hôpitaux équivalants. Pour M. Krafft-Ebing ce chiffre officiel de 20 mille aliénés est trop faible, le chiffre exact serait pour lui de 29 mille. Il y aurait donc en Autriche, 21 mille aliénés en liberté. Ce royaume n'a pas de législation concernant les aliénés comme il en existe en France et en Angleterre. Une ordonnance du ministère de l'Intérieur et de la justice contient certaines dispositions générales excellentes mais dont l'application est très mal surveillée. On voit combien il importerait à l'Autriche de faire une législation sérieuse et de construire de nouveaux asiles.

V. *Sugli apparati cornei delle fibre nervose midollate centrali*, par M. REZZONICO.

M. Rezzonico croit avoir découvert un nouvel élément

histologique dans les fibres centrales de la moelle. Là, elles se dépouillent de la gaine de Schwann qui serait remplacée par une chaîne d'éléments particuliers dont l'auteur expose la disposition, la structure et la nature. Tout d'abord ces éléments sont de petits corps creux, en forme d'entonnoirs, à parois très minces, ouverts aux deux extrémités et pénétrant les uns dans les autres par leur bout le plus étroit. Ils ne conservent pas toujours cette même direction ; par un abouchement des extrémités semblables celle-ci change sans qu'il soit possible d'établir si ces changements de direction obéissent à des lois. Aux points où ils s'accomplissent la fibre s'étrangle, si les entonnoirs s'abouchent par leurs petites ouvertures. Ces adaptations bout à bout ne sont pas toujours parfaites, car les diamètres des deux ouvertures qui se rencontrent ne sont pas toujours les mêmes. Que la rencontre se fasse par la base des entonnoirs ou les sommets, la moins large pénètre dans l'autre jusqu'à ce qu'elle rencontre des points d'adhérence. Aucune substance intermédiaire n'intervient. En second lieu leur structure est la suivante : ils ont une apparence striée résultant de lignes obscures et de bandelettes claires se succédant de la base au sommet et simulant des anneaux superposés. Une étude attentive montre qu'en réalité les bandelettes claires sont formées par un seul filament très fin en forme de ruban qui, partant de l'une des ouvertures gagne l'autre sous forme de spirales à diamètres régulièrement différents. Les deux ouvertures sont formées par ce même filament rubané qui, à ces points, s'enroulerait plusieurs fois sur lui-même de façon à former un cercle à parois plus solides. Quant à la nature de ces éléments elle serait cornée, identique à la substance directe par Ewald, Kuhne, Tizonni et Rumpf dans les fibres périphériques. L'auteur explique ensuite les moyens à employer pour les préparations.

VI. *Recherche sulla anatomia patologica della paralisi progressiva a contributo delle localizzanioni cerebrali*, par M. Tamburini et M. Riva.

Les recherches de MM. Tamburini et Riva ont porté sur 60 paralytiques généraux. De l'ensemble des lésions constatées, ils concluent que la paralysie générale est essentiellement une maladie de la couche corticale du cerveau qui se localise spécialement à la région fronto-pariétale et très fréquemment s'étend à la région sphénoïdale.

Localisations motrices. Sur les 60 cas, 55 fois les lésions portaient sur la région fronto-parictale, ou seulement sur le lobe frontal ou le lobe pariètal, mais toujours elle frappaient quelque partie de la zone motrice; sur ces 55 cas, 36 fois les circonvolutions frontales étaient fortement atteintes. Dans 21 cas les troubles du mouvement étaient limités à un seul côté et les lésions se trouvaient dans l'hémisphère opposé; sauf un cas, elle siégeaient dans la zone motrice. Dans deux cas où la paralysie frappait spécialement le membre supérieur droit, la lésion était limitée à la partie moyenne des circonvolutions centrales du côté opposé. Dans presque tous les cas la troisième circonvolution frontale était altérée.

Localisations sensorielles. Les auteurs ont distingué les cas où il y avait hallucinations de ceux où il y avait affaiblissement sensoriel. Dans 16 cas d'hallucinations très nettes de la vue et de l'ouïe, 10 fois la partie postérieure et inférieure du lobe pariétal était lésé. Dans cinq cas où les hallucinations de la vue dominaient, la lésion siégeait exclusivement sur la pariétale inférieure en correspondance du gyrus angulaire. Cinq fois les circonvolutions du lobe temporal, spécialement la temporale supérieure étaient lésées. Dans un cas où les hallucinations de l'ouïe étaient unilatérales, la lésion était limitée à la première temporale du côté opposé. Enfin dans ces cas on trouva aussi 6 fois la lésion des circonvolutions sphénoïdales et 3 fois celle du lobe occipital. Résultats, dit M. Tamburini, qui confirment sa théorie de l'hallucination. Dans les cas de lésions sensorielles caractérisées par de l'affaiblissement les résultats nécroscropiques confirment encore l'opinion défendue par M. Tamburini que dans la zone motrice se trouvent mêlés les centres du mouvement et les centres de sensibilité pour les diverses parties du corps. En effet, dans 25 cas où, outre les troubles de mouvement, existait très marquée l'altération de la sensibilité générale à la douleur ou au toucher, 22 fois la lésion siégeait à la région fronto-pariétale y compris la zone motrice; dans les cas où le trouble sensitif était monolatéral, la lésion cérébrale se trouvait aux mêmes points, mais sur l'hémisphère opposé. Dans tous ces cas la lésion était profonde, ce qui confirme l'opinion de Lisso que le siège de la sensibilité générale se trouve dans les couches profondes de la zone motrice. Dans six cas où furent nettement constatés l'affaiblissement ou la perte fonctionnelle des sens spéciaux,

toujours on trouva associées aux autres lésions : pour l'ouïe la lésion du lobe temporal, pour la vue la lésion de la pariétale inférieure et du lobe occipital.

Fonctions psychiques. Les faits ici sont moins nets et moins probants. Dans la démence paralytique simple, les lésions ont été trouvées limitées aux seuls lobes frontaux ; dans les formes maniaques avec délire des grandeurs, aux lésions des lobes frontaux s'associaient celles des lobes pariétaux, tandis que dans les formes dépressives s'associaient celles des pariétaux, des temporaux, des sphénoïdaux. Les auteurs voient dans ces derniers résultats la condamnation de l'opinion de M. Mairet qui, dans la démence mélancolique, localise les lésions dans les lobes sphénoïdaux, particulièrement dans leur partie la plus antérieure.

Le savant mémoire de MM. Tamburini et Riva n'a donné lieu qu'à une courte discussion. M. Bianchi a trouvé hazardées les localisations des auteurs, car les recherches auraient été limitées à la couche corticale et que la moelle n'aurait été examinée qu'à l'œil nu. M. Salemi-Pace a demandé si parmi les lésions ne figurait pas l'atrophie qui, d'après son expérience, se rencontrerait dans les 3/5 des cas. M. Tamburini a répondu que dans quelques cas où la moelle avait paru saine à l'œil nu, l'examen microscopique était venu confirmer le fait ; toutefois désormais ce contrôle ne sera plus négligé. M. Salemi-Pace a appris que dans 28 cas on avait noté l'atrophie générale ou partielle des circonvolutions.

VII *Richcrche sul sangue nelle psicopatie* par G. Seppilli.

M. Seppilli a examiné le sang des aliénés au double point de vue de sa richesse globulaire et de sa richesse en hémoglobine. Il a opéré sur 200 malades, 104 hommes et 96 femmes et a constaté les faits suivants. Dans les premières périodes de la folie, très fréquemment le sang se montre pauvre en globules et en hemoglobine. Cette pauvreté du sang varie dans des limites très diverses, selon le sexe et selon la maladie mentale. Elle est plus fréquente et plus accentuée chez la femme que chez l'homme. De toutes les folies, la pellagreuse est celle où elle se rencontre avec le plus de fréquence et d'intensité. Les formes dépressives viennent immédiatement après, tandis que dans la majeure partie des cas d'excitation maniaque le sang conserve ses conditions normales.

Dans tous les cas le rapport normal des globules rouges aux globules blancs est maintenu. La richesse globulaire et la richesse en hemoglobine sont indépendantes l'une de l'autre, il est plus rare de constater chez les aliénés l'hypoglobulie qu'une diminution de l'hemoglobine.

Ce mémoire a donné lieu à une assez longue discussion. M. Buonono a remarqué que les faits cliniques s'élevaient contre tout rapport de cause à effet entre l'état du sang et la forme mentale et M. Luciani qu'il semble résulter des recherches de l'auteur que le système nerveux exerce une action sur l'état du sang en général et des globules en particulier. M. Seppilli a répondu qu'il a constaté simplement l'état du sang dans la folie sans chercher à établir aucun lien de causalité entre eux et sur une demande de M. Bareggi appuyée par M. Verga, il a appris que dans ses recherches il avait laissé de côté les aliénés sitiophobes. Contrairement à une idée émise par M. Pergami il ne croit pas que la pauvreté extrême du sang des pellagreux puisse trancher la question controversée de l'étiologie, car elle peut s'expliquer très bien par la théorie de l'empoisonnement. M. de Giovani a fait ressortir que pour avoir un terme de comparaison certain il faudrait connaître l'état du sang avant la folie; toutefois il ne serait pas éloigné de croire à une influence du système nerveux sur l'hematopoiese. Enfin, M. Sacchi a dit que M. Golfi à Mantoue a examiné lui aussi le sang de 18 pellagreux et est arrivé aux mêmes conclusions que M. Seppilli.

VIII. *Richerche anatomico-patotogiche sulla porencefalia* par *M. L.* Bianchi.

M. Bianchi rapporte un cas de porencéphalie double. A gauche manquaient les deux circonvolutions centrales et la scissure correspondante communiquait largement avec le ventricule. A droite manquait le tiers supérieur de ces mêmes circonvolutions et une communication, mais plus petite, existait aussi avec le ventricule. Du côté gauche le noyau caudé dans sa partie correspondante à la porencéphalie était atrophié, et la pyramide manquait, tandis que du côté droit la moelle était atrophiée, principalement le faisceau postero-latéral et la corne grise antérieure. L'examen histologique montra, non une lésion destructive, mais

une structure embryonnaire d'où la conclusion tirée par l'auteur d'une origine extra-utérine. Pas d'autres détails.

IX. *Le funzioni dei Gangli Spinali*, par M. Bareggi.

Pour M. Bareggi les ganglions des racines postérieures des nerfs rachidiens auraient pour fonctions de présider spécialement à l'innervation vaso-motrice des parties de la peau qui reçoivent les fibres sensitives correspondantes. L'auteur n'apporte aucune preuve à l'appui de sa thèse, mais il trouve que son hypothèse explique mieux les faits.

X. *Sull'oteomatoma, o meglio condro-pericondrite*, par M. Brajon.

Après avoir donné la description classique de l'hématome du pavillon de l'oreille, M. Brajon fait remarquer que l'hématome traumatique doit présenter des symptômes bien différents de ceux observés chez les aliénés. Il distingue la forme aiguë plutôt rare et la chronique plus commune, mais plus difficile à découvrir à cause de son petit volume. Il croit à l'influence sur leur production de quelque condition spéciale du cerveau ou d'une de ses parties comme les corps restiformes. Cet état pathologique aurait une grande valeur médico-légale s'il était établi qu'il ne se rencontre pas chez les gens sains d'esprit.

XI. *Il peso del cervello negli alienati*, par M. Amadei.

M. Amadei a opéré sur 495 aliénés : 238 hommes et 257 femmes. Il a trouvé pour les folies simples aiguës des poids supérieurs à la normale ; pour les formes dégénératives de la pellagre des poids peu inférieurs à la normale dont s'en éloignent au contraire de plus en plus les cerveaux des déments, des paralytiques et des imbéciles.

XII. *Il peso del cervello in rapporto calla capacita del cranio nei savi et negli alienati*, par M. G. Amadei.

M. Amadei débute par l'historique des expériences entreprises pour établir la proportion pour cent existant entre la capacité du crâne et le poids du cerveau chez l'homme sain d'esprit ; il montre combien peu définitifs sont les résultats acquis. Aussi se borne-t-il à comparer entre elles les courbes qu'il a obtenues en cherchant ce rapport chez les aliénés. La courbe de la manie est identique dans les deux sexes ; c'est

la plus uniforme, les valeurs basses et les valeurs élevées y font défaut ; elle va de 87 à 93 chez l'homme, de 85 à 95 chez la femme. La courbe de la mélancolie chez cette dernière se rapproche beaucoup de celle de la manie, elle oscille en effet de 82 à 92 ; chez le premier, au contraire elle s'élève et s'abaisse aux chiffres extrêmes, de 97 à 75. Dans les dégénérescences psychiques plus de 60 °/₀ sont supérieurs à 87 ; la courbe atteint 95 dans les deux sexes. A l'autre extrémité, elle s'abaisse jusqu'à 74 chez la femme et chez l'homme jusqu'à 78, chiffres qui démontrent qu'à côté d'une forte majorité de dégénérés psychiques dont le cerveau ne s'atrophie pas ou s'atrophie peu, existe un petit nombre, d'autres qui présentent très marqué le phénomène contraire. Chez les imbéciles le cerveau s'atrophie peu. La pellagre tient un rang intermédiaire entre les autres maladies mentales. Elle vient immédiatement après la manie, placée entre elle et les formes dégénératives. Les courbes de la démence consécutive et de la paralysie générale sont les plus faibles de toutes. Celles de la démence comparées dans les deux sexes confirment l'assertion de Pfleger que dans les folies à longue durée le cerveau de l'homme s'atrophie plus que celui de la femme.

XIII. *Casa di vasta lesone della zona motrice di sinistra senza manifesti disturbi motori permanenti* par M. Gonzales et M. Verga.

Un homme de 67 ans, que pendant plus de trois ans de nombreux médecins ont été appelés à examiner, sans que leur attention ait été éveillée par le moindre trouble moteur, présenta à l'autopsie, dans l'hémisphère gauche et au tiers supérieur de la zone motrice une tumeur du volume d'un œuf de pigeon avec un appendice en forme de petite bandelette s'étendant jusqu'au tiers inférieur de la frontale ascendante. La tumeur contenait un liquide parfaitement limpide, incolore et le microscope n'y fit découvrir que quelques cellules épithéliales. Les caractères externes, internes, microscopiques du liquide et de l'enveloppe formée du tissu de conjonctif firent diagnostiquer un kyste apoplectique de date ancienne. Les auteurs croient que les troubles moteurs ont dû nécessairement exister autrefois, mais qu'ils ont disparu par suppléance.

M. Bianchi croit possible une autre hypothèse, celle d'un kyste simple se développant lentement sans troubles moteurs

comme il arrive souvent en pareil cas. M. de Giovanni fait remarquer que l'histoire des antécédents du malade est trop inconnue pour qu'on soit en droit de tirer des conclusions. M. Gonzales répond que l'hypothèse de M. Bianchi n'est pas admissible, car il s'agit ici non pas d'une compression, mais bien de la destruction d'une grande portion de la zone motrice et précisément de la frontale ascendante, la preuve, c'est que la base du kyste était formée par la paroi antérieure du ventricule latéral.

XIV. *Sull eccitamento meccanico dei centri motori corticali*, par M. Luciani.

Tous les physiologistes sont unanimes à reconnaître que la couche corticale du cerveau est insensible aux excitants mécaniques. M. Luciani annonce qu'il a pu exciter mécaniquement chez le chien la portion de substance grise cachée au fond du sillon crucial. Pour réussir, dit-il, il faut opérer dans les quatre conditions suivantes : 1° Que l'animal n'ait perdu que peu de sang et ne se soit pas beaucoup agité lors de la mise à nu du gyrus sigmoïde. 2° Que l'animal ne soit pas trop jeune, mais adulte et robuste. 3° Que le sommeil morphinique ne soit pas très profond et le sommeil par le chloroforme en grande partie dissipé. 4° Que les centres corticaux soient bien excitables par l'électricité. Ces conditions remplies, en irritant mécaniquement le point indiqué, si l'excitation porte sur les parties les plus profondes et les plus internes, des mouvements se produisent dans le membre postérieur du côté opposé, si elle porte sur les parties les plus externes et les plus superficielles, la réaction se manifeste encore du côté opposé, mais dans le membre supérieur. Ces réactions sont identiques à celles produites par l'excitation électrique, seulement moins énergiques et tandis que celle-ci se peut répéter plusieurs fois, l'excitation mécanique épuise en une fois toute l'excitatilité, à cause des désorganisations qu'elle entraîne. Pour expliquer cette excitatilité mécanique de la substance grise placée au fond du sillon crucial, M. Luciani a recours à deux hypothèses : ou bien, dit-il, l'excitabilité de la couche corticale est facilement épuisable et son contact avec l'air suffit à la rendre insensible aux excitants mécaniques, ou bien cette excitation se trouve trop limitée par la petite étendue de la zone motrice, conditions défavorables qui ne se rencontrent pas au point indiqué.

XV. *Sulla temperatura nei pazzi*, par M. Tambroni.

M. Tambroni a étudié la température des aliénés dans les diverses formes mentales et dans les maladies incidentes. 4000 expériences lui ont montré que la température moyenne des fous est de 37° 12. La température normale étant évaluée à 37° celle de ces malades est généralement supérieure, excepté dans la lypémanie stupide, la démence et la folie pellagreuse mélancolique. Abstraction faite de ces trois catégories d'aliénés, la température oscillerait de 37° 11 à 37° 51. La moyenne la plus basse appartient à la lypémanie, encore est-elle de 36° 25. Pour les mêmes formes mentales, la femme a une température plus basse que l'homme; fait intéressant pour les deux sexes, elle serait très facilement modifiée par l'état calorique du milieu ambiant et celle du soir est un peu supérieure à celle du matin, de 1/4 de degré environ, surtout chez les lypémaniaques; cette hyperhemie vesperale manquerait dans l'idiotie. Durant les diverses périodes d'une affection mentale, la température s'élève avec l'excitation et diminue avec la dépression ; immédiatement après l'attaque d'épilepsie elle s'abaisse pendant une demi-heure, puis s'élève à dépasser la normale durant trois heures. L'auteur fait remarquer toutefois que ses observations ont été faites durant l'été et qu'il ne les a pas encore contrôlées l'hiver.

Contrairement à l'opinion généralement admise, M. Tambroni déclare qu'une observation minutieuse et journalière continuée longtemps l'a amené à cette conviction que, dans les affections intercurrentes la fièvre est, chez l'aliéné, exactement ce qu'elle est chez l'homme sain d'esprit et ne présente par conséquent, aucune différence d'allure, de durée ou d'intensité. Il ajoute que la folie n'accorde aucune immunité contre les maladies aiguës.

XVI. *Contributo all'anatomia pathologica della frenosi epilettica*, par M. Algeri et M. Cividali.

Les recherches de MM. Algeri et Cividali ont porté sur 47 épileptiques, 33 hommes et 14 femmes. Les lésions trouvées, abstraction faite de celles qui avaient entraîné la mort, ont été si variées que les auteurs reconnaissent eux-mêmes l'impossibilité d'en tirer des conclusions générales bien nettes. Ils se croient pourtant en droit de conclure de leurs autopsies : 1° qu'indépendemment de la cause de la mort le fait le plus

constant est la congestion du cerveau, de la moelle et de leurs méninges. 2° que les lésions de la couche corticale sont assez fréquentes, mais très variables de nature, de siége et d'étendue. 3° que les lésions de la protubérance, du bulle et aussi de la moelle sont rares. 4° que les lésions de la zone motrice bien qu'assez fréquentes, ne le sont pas notablement plus que celles des autres régions. Il en est de même pour les lésions de la corne d'Ammon. 5° que ces lésions sont surtout constituées par le ramollissement, les adhérences, la sclérose ou l'atrophie. 6° qu'il n'existe pas toujours un rapport entre les attaques d'épilepsie et le siège des altérations, tandis que dans l'épilepsie partielle cette corespondance est constante. 7° que les cas de dégénérescence psychoépileptique correspondent à l'atrophie partielle ou générale des circonvolutions; 8° que l'intensité et la profondeur des lésions sont toujours en raison directe de la durée de la maladie et de la fréquence des attaques.

XVII. *Sopra un caso di paralisi progressiva a forma circolare considerata in rapporto alla temperatura, par* M. Maccabruni.

Après avoir fait l'historique de la paralysie générale à forme circulaire, M. Maccabruni raconte l'histoire de son malade. De 234 applications de thermomètre il conclut que la paralysie générale à forme circulaire n'est pas une maladie essentiellement fébrile, mais seulement sujette à des élévations de température à l'occasion de poussées congestives. Il n'a pas trouvé de différence notable de température entre le stade expansif et le stade dépressif.

XVIII. *Sulle funzioni del cervelletto,* par M. Luciani.

Il résulte des expériences de M. Luciani qu'après l'ablation complète du cervelet le chien passe par trois états qui forment trois périodes. Durant la première les symptômes prédominants sont dûs au traumatisme. La guérison obtenue, l'animal ne présente plus que les symptômes dûs à la privation complète du cervelet, ce sont les suivants. Pas de lésion dans la sphère psychique ni dans la sphère sensorielle, y compris le sens musculaire. Les désordres sont exclusivement limités à la sphère des mouvements volontaires. Dès que l'animal commence à se mouvoir, de rapides contractions cloniques se montrent dans les divers muscles ; la marche a

lieu en dos de chat, à l'aide d'une abduction anormale des quatre pattes, de mouvements rapides, elle est interrompue, accompagnée de chutes fréquentes dues à un *relâchement musculaire soudain*. Pourtant jeté dans un bassin le chien nage, quoique plus lentement qu'à l'ordinaire, avec une coordination aussi parfaite qu'avant l'opération, mais arrivé au bord il n'a pas la force d'y grimper. Dans la suite ces phénomènes s'apaisent et guidé, par l'expérience, l'animal arrive à chuter moins souvent en tenant ses pattes écartées, mais il continue toujours à présenter des mouvements interrompus et mal assurés. Au bout de cinq mois au moins arrive la troisième période, période de cachexie, de dénutrition générale et l'operé meurt dans le marasme. Quelle est l'interprétation physiologique de cet ensemble symptomatique? Les symptômes de la première période où se notent des contractures relèvent du traumatisme et de la lésion des pédoncules cérébelleux. Ceux des deux autres appartiennent seuls en propre à l'ablation du cervelet. A la seconde période le chien ne peut être considéré ni comme ataxique ni comme dépourvu du sens d'équilibre ou d'impulsion volontaires puisqu'il nage, à la rapidité près, comme avant l'opération et cherche à grimper sur le bord. M. Luciani croit que les troubles observés tiennent à un manque de tonus et à une insuffisance de l'énergie nerveuse. Dans l'air l'animal n'a pas assez de force nerveuse pour imprimer à son corps des mouvements réguliers, mais dans l'eau, perdant de son poids le poids du volume liquide déplacé et allégé d'autant, la force nerveuse dont il dispose suffit alors et il nage normalement. Les phénomènes de la troisième période, phénomènes de distrophie semblent être la conséquence indirecte de l'absence d'innervation cérébilleuse et M. Luciani conclut que le cervelet est un *organe central d'action continue de qui dépend le tonus et en grande partie l'énergie nerveuse disponible des autres centres en général et en particulier des éléments moteurs des muscles de la vie animale.*

XIX. *La paranoia et le suc forme* par M. Amadei et M. Tonnini.

Après avoir tracé à grands traits l'historique du délire systématisé, MM. Amadei et Tonnini donnent la description de cette forme mentale. Nous y relèverons quelques appréciations en opposition avec celles ayant généralement cours

chez nous. Pour ces auteurs ce ne sont pas les hallucinations qui créent le délire, c'est au contraire l'esprit malade qui s'objective pour ainsi dire. Ils ne croient pas les systématisants dans la période du début susceptibles d'apprécier dans une certaine mesure leur état maladif et de lutter contre. Ils n'acceptent pas non plus que l'activité consciente intervienne beaucoup dans la systématisation, surtout en ce qui concerne la transformation de la personnalité. Enfin ils croient que deux délires systématisés peuvent rester distincts chez un même malade. La classification qu'ils donnent ensuite des délires systématisés est assez compliquée. Tout d'abord deux grandes divisions : les délires systématisés dégénératifs et les délires systématisés psychoneuratiques ou névrosiques, suivant que l'élément dégénératif existe ou non chez les malades. La première division se subdivise en deux grandes classes : originaires et tardifs. Celle-là comprenant toutes les variétés de délires systématisés susceptibles de se rattacher à une anomalie de l'organisation cérébrale qui s'est manifestée chez le malade depuis les premières lueurs de sa vie mentale ; celle-ci, tous ceux qui éclatent chez des individus considérés jusqu'alors comme sains d'esprit. Ces deux classes donnent chacune naissance à deux groupes : simples et hallucinatoires, suivant le rôle joué par les troubles sensoriels. Et enfin chaque groupe se compose de plusieurs formes suivant la couleur du délire : forme religieuse, forme ambitieuse, etc. La seconde division se subdivise, elle aussi, en deux grandes classes : primitifs et secondaires, selon que les délires systématisés succèdent ou non à des délires généraux. Les secondaires ne comprennent que deux classes : postmaniaques et postmélancoliques sans aucune autre subdivision. Les primitifs comprennent aussi deux classes : la classe des cas aigus ou curables et la classe des cas chroniques ou incurables, et ces deux classes donnent naissance chacune a deux groupes : simples et hallucinatoires et chaque groupe à des formes diverses suivant la couleur du délire.

XX. *Alcuni casi di delirio sistematizzato primitivo erotico*, par M. Solfanelli.

L'auteur rapporte comme exemples de délire systématisé primitif à forme érotique trois observations d'héréditaires qui, sous l'influence de la passion amoureuse se livrèrent à une véritable persécution puérile et excentrique contre l'objet de

leurs désirs et durent être séquestrés. Les deux premiers n'avaient pas de troubles sensoriels et dès leur plus bas âge s'étaient fait remarquer par un défaut d'équilibre mental. Le troisième qui, intelligent, occupait une belle situation dans l'armée, était halluciné de la vue et de l'ouïe.

XXI. *Sulla mania transitoria*, par M. TAMBURINI.

M. Tamburini rapporte l'histoire d'une personne de 40 ans, sans hérédité vésanique ni anomalie psychique, mais atteinte de légers syptômes d'hystérie qui, s'étant assoupie un soir près d'une heure devant sa cheminée, se réveilla en proie à une manie aiguë des plus violentes qui dura jusqu'à deux heures du matin. Elle s'endormit alors d'un profond sommeil et le lendemain à sept heures du matin elle était guérie, mais elle n'avait gardé nul souvenir de sa crise. Depuis plusieurs années elle n'a rien éprouvé. Recherchant la cause de cet accès qui offre tous les caractères classiques de la manie transitoire, l'auteur se demande s'il convient de l'attribuer au rayonnement du foyer, à l'oxyde du carbone ou peut-être à ces deux causes réunies. M. Tamburini rapproche ensuite la manie transitoire du somnambulisme spontané et il montre entre ces deux états une analogie clinique très marquée. Il en conclut que la manie transitoire n'est peut-être pas une entité morbide mais plutôt un syndrome dépendant de causes multiples, tels que l'épilepsie larvée, l'alcoolisme, l'intoxication par l'oxyde de carbone, etc.

(*A suivre.*)

JOURNAUX FRANÇAIS

UNION MÉDICALE.

(Année 1884.)

ACCIDENTS CÉRÉBRAUX ET ACCÈS PERNICIEUX SPORADIQUES par le docteur J. BESNIER. (Nos 123, 124.) — Observations de deux malades atteints de fièvre intermittente à accès pernicieux, affectant la forme cérébrale ; l'un présentant la forme délirante et le type double quarte, l'autre la forme comateuse et le type quotidien double.

Sur un cas de contraction des muscles droits internes avec myodis, par le docteur Millingen. (N° 131.)

Atrophie progressive unilatérale de la face, par MM. Mierzejewsky et Erlitzky. (N° 135.)

Paralysie hystérique; métalloscopie et métallotherapie interne, par le docteur Goudouin. (N° 142.) — Guérison d'un hémíplégie droite complète avec hypéresthésie cutanée et musculaire du côté gauche au moyen du traitement interne par le cuivre.

De la méningite pneumonique, par le docteur Henri Barth. (N° 179.) — Si l'on admet que la pneumonie est dans certain cas l'expression locale d'un état général infectieux, il est logique de penser que le virus spécial qui a déterminé l'inflammation fibrineuse du poumon, peut aussi produire des manifestations inflammatoires de même nature dans d'autres organes et notamment dans les méninges. Aussi l'auteur considère la méningite pneumonique non pas comme une simple complication, mais comme une véritable phlegmasie infectieuse au même titre que la pneumonie elle-même.

FRANCE MÉDICALE.

(Année 1884.)

Méningite tuberculeuse. — Mort, par le Dr Decroizilles. (N° 95.)

De l'apoplexie cérérale par M. le professeur Hardy. (n° 108). — Diagnostic différentiel des différentes lésions, tumeurs cérébrales, embolie, thrombose, hémorrhagie cérébrale, qui peuvent produire l'apoplexie.

Névralgie faciale, Ablation d'un petit névrome gingival. Guérison. (Observation recueillie par M. Cohen. N° 111.)

Un cas de syphilis cérébrale secondairf, par M. Landouzy. (N° 124.)

Des convulsions par insolation chez les enfants, par le Dr Séjournet. (Nos 143, 144.)

Observation de syphilis cérébrale par le Dr Le Dentu. (Nos 145, 146.) — Syphilis du cerveau et des os du crâne greffée sur une ancienne blessure non cicatrisée du frontal. Trépanation sans efficacité. Guérison par le traitement spécifique. Paraplégie quatre ans après. Mort.

Fracture du rocher gauche suivie d'hémiplégie droite, d'atrophie rapide du testicule et du membre supérieur droit, par le Dr Lemonnier. (N° 150.)

GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX.

(Année 1884).

DES EFFETS DE L'ALCOOLISME SUR L'INDIVIDU ET SA DESCENDANCE par le Dr TAGUET. (Nos 17, 18, 10, 20, 21, 23, 29, 35, 36.) — Dans un long travail plein d'intérêt, M. Taguet expose d'une façon précise et complète les troubles profonds apportés dans les différents organes par l'alcoolisme dont les effets pernicieux se fait sentir non seulement chez l'individu qui se livre à des excès de boisson, mais également chez ses descendants. Il cite plusieurs observations d'hérédité alcoolique ou on peut voir les dégénerescences physiques et intellectuelles aller toujours s'accentuant jusqu'au moment où les familles disparaissent tout à fait Cependant, fait remarquer l'auteur l'abus invétéré des spiritueux ne détermine pas nécessairement chez tous les ivrognes des affections chroniques du cerveau et par contre, chez leurs descendants, de l'hérédité proprement dite avec les diverses manifestations qui lui sont propres ; tous les accidents peuvent se borner à une simple prédisposition, au lieu de l'hérédité physique c'est l'hérédité morale qui semble moins grave que l'autre en ce qu'elle peut être modifiée par l'instruction, l'éducation, le milieu dans lequel on vit.

INTOXICATION SATURNINE. PARALYSIE DES EXTENSEURS DE L'AVANT-BRAS. Observation recueillie par M. WOOLOUGHAN. (Nos 40, 41.)

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

(Année 1884.)

DES LOCALISATIONS MÉNINGÉES ET ENCÉPHALIQUES DES AFFECTIONS CATARRHALES par le Dr RAYMOND. (N° 37.) — Trois observations d'affections catarrhales avec manifestations encéphaliques.

APHASIE TRANSITOIRE TOXIQUE, par le Dr DUNOYER. (N° 39.) — Observation d'aphasie passagère produite sous l'influence toxique de la santonine.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE.

(Année 1884).

UN CAS DE SCIATIQUE REBELLE, ELONGATION. GUÉRISON par M. DE LA HARPE. (N° 3.)

CAS D'HÉMIPLÉGIE PASSAGÈRE PARAISSANT DUE A LA PRÉSENCE DE LOMBRICS DANS LE CANAL INTESTINAL, par M. GIRARD. (N° 8.)

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

(Juillet 1884.)

DE LA COLORATION ARDOISÉE DU CERVEAU DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE SES RAPPORTS AVEC LES ESCHARES DU SACRUM, par M. le Dr BAILLARGER. — 1° La coloration ardoisée d'une partie des circonvolutions du cerveau, à part les lésions des os du crâne et les otites purulentes, est étroitement liée aux eschares du sacrum.

2° Elle est tantôt accompagnée de méningites ichoreuses et purulentes et peut alors s'expliquer peut-être par une simple imbibition de la matière ichoreuse.

3° On l'observe aussi sans méningite purulente et elle ne peut dans ces cas être attribuée qu'à l'absorptlon des matières putride des eschares.

DES DIFFICULTÉS QUE PRÉSENTE LE DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par le Dr CHRISTIAN. (Nos de janvier, mars, mai et juillet.) — L'auteur signale avec observations à l'appui les nombreuses erreurs qu'il est si facile de commettre lorsqu'il sagit de diagnostiquer la paralysie générale et la lecture de cet intéressant travail montre combien le médecin doit être circonspect avant de porter un diagnostic aussi fatal.

PACHYMÉNINGITE SIMULANT UNE PARALYSIE GÉNÉRALE. — COLORATION ARDOISÉE DU CERVEAU. — DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE LA PACHYMÉNINGITE. par le Dr MABILLE.

DÉMENCE SIMPLE D'ORIGINE SYPHILITIQUE PROBABLE, par le Dr CAMUSET.

(Septembre 1884.)

DU MOUVEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE EN FRANCE, par M. le Dr LUNIER.

DES TROUBLES INTELLECTUELS SURVENANT DANS QUELQUES AFFECTIONS DE LA MOELLE ET PLUS SPÉCIALEMENT DANS L'ATAXIE LOCOMOTRICE, par M. le Dr REY.

SARCOME DE LA DURE MÈRE A DROITE. HALLUCINATIONS UNILATÉRALES DU COTÉ DROIT, par le Dr MILLET.

(Novembre 1884.)

DES DEGÉNÉRESCENCES PSYCHO-CÉRÉBRALES DANS LES MILIEUX RURAUX, par M. le Dr CULLERRE. — Etude très détaillée des

causes qui engendrent les maladies psycho- cérébrales dans les milieux ruraux et notamment dans le département de la Vendée. La raison vraiment décisive, dit l'auteur des dégénerescences pychopatiques, c'est l'hérédité morbide. Les autres influences, telles que celles d'un sol malsain, une hygiène défavorable, des excès alcooliques invétérés, font converger leur action pour créer cette prédisposition morbide, agrandie, aggravée, rendue progressive par la consanguinité, l'habitude des unions rapprochées, le défaut d'un croisement de la population suffisant pour lui infuser un sang régénérateur.

NOTES SUR LES LÉSIONS DE LA DURE MÈRE CRANIENNE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par le Dr CAMUSET.

AUTOMUTILATION RÉPÉTÉE CHEZ UNE MÉLANCOLIQUE, par le Dr MARTINENQ.

PARALYSIE GÉNÉRALE PAR INSOLATION, par le Dr PARIS.

G. BOYÉ.

JOURNAUX ALLEMANDS

ARCHIV. FUR PSYCHIATRIE

1881. Tome XV. 2me Partie.

MEBER SPINALLAHMUNG MIT ATAXIE, von Dr L. LOWENFELD, A MUNICH [De la paralysie spinale avec ataxie].

L'auteur publie deux cas qu'il a soigneusement observés pendant longtemps et qui appartiendraient suivant lui à un groupe d'affections peu connues. Chez ces deux sujets en apparence bien portants il se développa dans l'espace d'un mois et demi à deux mois des troubles de la mobilité et de la sensibilité ayant leur siège dans les quatre extrémités. Dans le premier cas le trouble moteur consistait en un état de faiblesse et même de paralysie des muscles extenseurs; dans le second cet état de faiblesse se limitait surtout aux extrémités supérieures. A côté de la parésie existait un certain degré d'ataxie et même d'atrophie dans le premier cas. Il existait quelques modifications de l'excitabilité électrique. Dans les deux cas perte du réflexe tendineux du genou, et troubles de la sensibilité correspondant à peu près au siège des troubles de la motilité. Le premier sujet était une femme âgée de 32 ans qui avait fait des excès alcooliques, et qui présentait des troubles psychiques tels qu'un affaiblissement de la mémoire, de l'apathie.

A côté de ces deux observations personnelles, l'auteur en signale trois autres, dont deux de Fischer et une de Kahler et Pick. Lowenfeld attribue cet état à une affection spinale. On pourrait se demander s'il ne s'agirait pas plutôt d'une dégénerescence des nerfs périphériques telle que Dreschfeld, Moeli et Lancereaux l'ont observée dans l'alcoolisme ou bien si ces cas n'offriraient pas une certaine analogie avec ce que Déjérine a décrit sous le nom de Nervo-tabes peripherique.

BERLINER KLIN. WOGHENSCHRIFT

1884. N° 12.

PSYCHOSE NACH RHEUMATISMUS ARTICUL. ACUT UND NACH PNEUMONIA CROUPOSA, par EIDAM. [Psychose après un rhumatisme articulaire aigu et après une pneumonie croupale].

L'auteur a observé deux cas d'affection mentale survenue après une polyarthrite rhumatismale. Dans le premier il s'agissait d'une mélancolie avec stupeur et excitation maniaque qui dura sept mois; dans le second il y eut de la manie avec hallucinations terrifiantes et panophobie; mais comme le malade était un vieux buveur on peut se demander s'il ne s'agissait pas là d'un délire alcoolique.

N° 25. — UEBER DIE VERANDERUNGEN DES AUGENHINTERGRUNDES IN FOLGE VON ALEOHOLISMUS, sowie uber die pathologisch-anatomischen Veranderungen bei der Alcoholamblyopie, von Dr W. ULTHOFF. [Des modifications du fond de l'œil à la suite de l'alcoolisme, et des modifications anatomo-pathologiques dans l'amblyopie alcoolique.]

Uhthoff trouva sur 360 alcooliques, que la rétine était légèrement épaissie dans 70 cas, surtout au niveau de la papille. Cette modification n'est pas liée à l'apparition d'une amblyopie toxique et ne s'accompagne d'aucun trouble de la vision. Il constata une ou plusieurs hémorrhagies rétiniennes dans une proportion de 1 0/0, et une pigmentation atrophique de la partie externe de la papille sur 60 de ces malades. Ces altérations paraissent à l'auteur absolument caractéristiques de l'alcoolisme et ne pourraient en rien être confondues avec les troubles du fond de l'œil qu'on rencontre dans le tabagisme, le diabète et l'intoxication saturnine.

Uhthoff eut l'occasion de pratiquer l'autopsie de deux alcooliques atteints d'un décollement atrophique de la moitié temporale de la papille. Les deux sujets présentaient des troubles différents; l'un avait un trouble profond de la vision

avec disparition du centre du champ visuel, l'autre avait une amblyopie alcoolique typique. A l'examen histologique des nerfs optiques on constata des altérations presque semblables : prolifération du tissu conjonctif interstitiel, formations de nouveaux vaisseaux et atrophie des fibres nerveuses. Les parties dégénérées siégeaient surout à la périphérie et l'on constata même dans un des cas que la partie dégénérée, après avoir atteint le pourtour du chiasma et des deux tractus, s'était étendue en profondeur et avait presque envahi le canal optique.

A. RUEFF.

NOUVELLES

NOMINATIONS ET PROMOTIONS DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS.

Aux termes d'un arrêté ministériel, en date du 27 octobre 1884, M. Llanta, directeur de l'asile Sainte-Anne, a été nommé directeur de l'asile de Mont de Vergues (Vaucluse), en remplacement de M. Cottard, admis à faire valoir ses droits à la retraite. M. Llanta a été promu à la première classe de son grade.

Aux termes d'un arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 20 décembre 1884, M. le docteur Taule, inspecteur du service des Enfants assistés de la Seine, est nommé directeur de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. Llanta, précédemment appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Taule est compris dans la 2e classe du cadre.

M. Abel Barroux est nommé directeur de l'asile-hospice d'aliénés de Villejuif (poste créé).

M. Abel Barroux est compris dans la 3e classe du cadre.

N. le docteur Briand, médecin adjoint à l'asile Sainte-Anne, est nommé médecin en chef de l'asile-hospice d'aliénés de Villejuif (poste créé).

M. le docteur Briand est compris dans la 3e classe du cadre.

M. le Dr Gilson, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin adjoint à l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, en remplacement de M. le Dr Vallon dont les fonctions sont expirées.

Par arrêté préfectoral en date du 23 janvier 1885, M. le docteur Dubuisson (Paul), est nommé médecin adjoint à l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, en remplacement de M. le docteur Briand, appelé à d'autres fonctions.

A la suite du concours qui s'est ouvert le 1er décembre 1884, pour cinq places d'internes en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine et l'infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture de police, sont nommés :

Internes titulaires : MM. Vrain, Loisel, Malfilâtre, Grenier et Blaise.

Internes provisoires : MM. Revertegat, Houeix de la Brousse, Fournier, Barthomeuf et Garnier.

NÉCROLOGIE

Le Dr Louis COUTY a succombé le 22 novembre dernier, à Rio de Janeiro, à l'âge de trente ans à peine, aux suites d'une pleurésie double. La triste nouvelle est arrivée par le paquebot même qui devait le ramener en France. Après de brillantes études commencées à l'école préparatoire de Limoges, Couty était reçu docteur à la Faculté de Médecine de Paris, à l'âge de vingt et un ans, et sa thèse (*Étude expérimentale sur l'entrée de l'air dans les veines*), était couronnée à la fois par l'Académie de Médecine, par la Faculté et par la Société de Chirurgie. Trois ans après, il était nommé après un brillant concours, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon. C'est alors qu'on lui offrit la chaire de biologie industrielle à l'école polytechnique de Rio de Janeiro. Couty venait de quitter la médecine militaire ; pressé par la nécessité, il accepta.

Arrivé au Brésil, Couty se met résolument à l'œuvre, et lui qui s'était déjà spécialisé dans des recherches de physiologie expérimentale, dirigea ses travaux dans une direction bien différente en abordant avec une grande hauteur de vue « les deux questions fondamentales dont la solution s'impose dans tout pays ; accroissement de la production, transformation de la main-d'œuvre, facteurs principaux de son développement industriel et agricole (1). » Mais Couty n'abandonnait pas pour cela son étude de prédilection sur le système nerveux, jusqu'à ses derniers jours, il a envoyé sans interruption de nombreuses communications toutes empreintes d'un grand cachet d'originalité à l'Académie des Sciences et à la Société de Biologie. Plusieurs pages de ce journal ne suffiraient pas à contenir la liste des travaux si variés du jeune physiologiste.

C'est que Couty possédait une puissance de travail vraiment remarquable et une facilité d'assimilation qui lui permettait de diriger ses travaux dans des directions bien différentes.

Les qualités du cœur ne le cédaient en rien chez lui à celle de l'esprit. La nature de son caractère, sa franchise parfois brusque lui avaient concilié de nombreuses et vives sympathies, non seulement à Paris mais au Brésil. Tous les journaux de Rio lui ont rendu hommage.

Couty avait commencé et même achevé un livre sur le cerveau qui devait être le résumé de toutes ses recherches sur les centres nerveux. Heureusement, nous l'espérons du moins, ce travail ne sera pas perdu pour la science. Nos amis communs, Charpentier, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy, et d'Assonval, ont promis de donner à la mémoire de Couty, ce dernier témoignage d'affection. Publier les œuvres de Couty. C'est, comme l'a dit avec raison d'Assonval, le plus beau monument qu'on puisse lui élever. C. VALLON.

(1) Gorceix. — *Revue scientifique*, n° 26, 1884.

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer. — Février 85.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

DU DÉLIRE AIGU

Par B. BALL

Professeur à la Faculté de Médecine

LEÇON FAITE A LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A L'ASILE SAINTE-ANNE

Recueillie par M. le Dr Boyé, chef de clinique adjoint.

Messieurs,

Dans les premiers jours du mois de février vous avez pu voir à la clinique un jeune homme brun, d'une figure régulière, offrant tous les indices extérieurs d'une bonne constitution, et qui présentait, un délire extrêmement violent; peu de jours après il entrait à l'infirmerie, s'affaiblissait rapidement, et mourait dans le coma. Cet homme, atteint d'une affection si grave, dont l'évolution a duré à peine deux semaines, nous offrait un type de la maladie décrite par MM. Calmeil et Baillarger sous le nom de *Délire aigu*.

L'histoire du délire aigu vient naturellement à la suite de celle de la manie et de l'excitation maniaque, dont je vous ai parlé dans mes dernières leçons, mais

elle en diffère essentiellement. La manie, l'excitation maniaque, sont des états généraux : le délire aigu est une maladie nettement caractérisée par ses symptômes, sa marche et les lésions qu'elle présente assez souvent ; c'est une véritable entité morbide, c'est-à-dire une affection qu'on peut comparer à la fièvre typhoïde, à la variole, mais qui pourtant présente avec la manie aiguë des rapports tellement intimes que pendant longtemps les premiers observateurs ont pu les confondre.

Parlons d'abord du malade. C'était un Suisse d'origine italienne : et les données, que nous avons pu recueillir auprès de sa famille, sur le début et la marche de sa maladie sont assez caractéristiques pour justifier notre diagnostic. Sauf un frère épileptique, il ne paraît pas avoir de tache héréditaire ; c'était un homme intelligent, bon ouvrier, exerçant la profession de peintre vitrier, chez lequel cependant il faut reconnaître des habitudes de boisson anciennes et aussi quelques excès vénériens.

Six semaines avant son entrée son caractère s'assombrissait, il devenait triste et taciturne, il se plaignait de douleurs intestinales, qui pouvaient bien être le reliquat d'une ancienne fièvre typhoïde, qu'il avait eue il y a quelque temps. Après avoir présenté pendant plusieurs jours cette espèce de malaise avec mélancolie, il entra brusquement en état de délire avec des hallucinations de la vue et de l'ouïe, avec une perturbation complète des facultés intellectuelles et une violente agitation. Les médecins qui l'ont examiné au début, ont constaté cette confusion des idées et en même temps une perte presque absolue de la mémoire ; amené au dépôt de la Préfecture il ne pouvait donner ni son nom ni son adresse.

Lorsqu'il entra à la Clinique il était relativement calme, mais la nuit du même jour, il tomba tout à coup dans

un délire bruyant, qui nous obligea de le mettre en cellule; la veille déjà il n'avait pas dormi, et j'appelle votre attention sur cette insomnie, qui est un symptôme important, comme nous le verrons plus loin. Les jours suivants ont été consacrés à un délire des plus absolus, des plus intenses; lorsqu'on s'approchait de lui, on lui voyait le regard fixe, les pupilles dilatées; en même temps il avait l'oreille tendue, il semblait écouter des voix auxquelles il répondait presque toujours par gestes et par signes, ce qui dénotait des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Il présentait également un refus complet des aliments, une véritable sitiophobie, accompagnée d'amaigrissement visible, et on peut dire que nous l'avons vu fondre et s'étioler sous nos propres yeux. Il s'agit là d'un point capital, et sur lequel je tiens à appeler votre attention. Les maniaques offrent une résistance vraiment surprenante à la fatigue et à l'épuisement; ils ne mangent pas, ils ne dorment pas, ils vocifèrent, ils abusent du mouvement, et pourtant ils ne dépérissent pas ou du moins dans une proportion insignifiante; le délire aigu au contraire est une maladie où le malade s'use, dépense sa propre substance et dépérit rapidement.

Ce malade, nourri à la sonde œsophagienne, s'affaiblissait de jour en jour; une hyperthermie intense s'était développée au point que le jour de la mort la température s'était élevée au delà de 41 degrés. Il a succombé dans le coma, quinze jours après son entrée à la clinique.

Avant d'aller plus loin il faut vous exposer les détails de l'autopsie, qui a été d'autant plus intéressante qu'elle ne nous a pas présenté les lésions, que nous espérions rencontrer. Nous avons constaté seulement un état congestif généralisé : les reins étaient hyperémiés, les intestins étaient rouges et vascularisés, les plaques de Peyer présentaient une légère tuméfaction, mais il n'y avait aucune trace d'ulcérations intestinales : il existait

également un léger degré de congestion pulmonaire, et les muscles présentaient une couleur d'un rouge vif, ils semblaient gorgés de sang, comme on le voit chez les varioleux.

Les os du crâne étaient assez épais, le cerveau un peu congestionné, mais sans adhérence des méninges, sans épanchement de liquide dans la cavité de l'arachnoïde. Il s'agit donc d'un cas de délire aigu sans lésions apparentes.

Laissez-moi vous dire d'abord que le délire aigu est d'observation moderne; les anciens ont bien décrit des états graves se terminant par la mort et auxquels ils donnaient le nom de phrénitis; mais les véritables créateurs de cette maladie, sont incontestablement MM. Calmeil et Baillarger, qui les premiers ont signalé l'existence d'un état spécial, qui n'est autre que le délire aigu, et qu'ils regardaient comme une exagération de la manie.

Depuis cette époque, le délire aigu a suscité d'innombrables travaux parmi lesquels nous citerons surtout ceux de Lélut, de Brierre de Boismont, de MM. Falret, Thulié, Foville, Briand, en France; de Fürstner, Jensen, Herz en Allemagne, et plus particulièrement la monographie très étendue de Schüle : enfin ceux de Maudsley, Todd et Weber en Angleterre (1).

Il est incontestable que le délire aigu est une affection qui n'atteint que les sujets prédisposés. On ne voit pas éclater brusquement cette maladie, comme la fièvre typhoïde ou le choléra, chez un homme en pleine santé. Le délire aigu ne frappe que les prédestinés.

De toutes les prédispositions, la plus grave est l'hérédité, qui crée, pour ainsi dire, une diathèse névropathique; mais il ne faudrait point supposer que cette

(1) Il nous est impossible, dans une leçon clinique d'énumérer tous les travaux qui se rapportent à ce sujet. Nous renvoyons nos lecteurs à la bibliographie de l'article que nous avons publié dans le *Dictionnaire encyclopédique*, en collaboration avec M. le Dr Chambard.

condition est indispensable. Il faut réserver une large part aux influences dépressives, à la misère, au chagrin, aux fatigues soit physiques, soit intellectuelles : on a vu des jeunes gens, surmenés par la préparation d'un concours, être brusquement emportés par un accès de délire aigu : on a vu surtout des hommes assujettis à un travail excessif et insuffisamment rémunéré, combinant ainsi les effets de la fatigue à ceux de la misère, être frappés de cette maladie.

Les excès alcooliques et vénériens, les maladies aiguës, telles que la fièvre typhoïde, la pneumonie et le choléra; les hémorragies graves, les traumatismes crâniens, enfin, l'état puerpéral, sont au nombre des causes prédisposantes les plus communes.

Enfin les aliénés sont incontestablement au premier rang parmi les prédisposés. On voit éclater le délire aigu chez les maniaques ou chez les mélancoliques, plus souvent encore dans les cas de folie circulaire ou de paralysie générale.

L'évolution du délire aigu comprend trois stades; ce sont, la période prodromique, le stade d'excitation et celui de dépression.

Le délire aigu peut éclater brusquement, en coup de foudre. Mais, le plus souvent, il y a des prodromes. Le premier de tous, c'est l'insomnie, qu'on rencontre sans exception dans tous les cas.

Mais la maladie peut atteindre tantôt des aliénés, tantôt des sujets en pleine possession de leurs facultés intellectuelles.

Quand il s'agit d'un aliéné, le premier effet de la maladie est d'exagérer les symptômes, soit au point de vue physique, soit au point de vue psychologique. Le maniaque devient plus excité, le mélancolique plus déprimé. L'un et l'autre sont absolument privés de sommeil.

S'agit-il d'un malade sain d'esprit, la marche est plus insidieuse; elle débute par une sorte de brouillard qui se lève sur les plaines de la pensée : le malade éprouve un trouble confus qui l'empêche de penser et d'agir ; il a de la céphalalgie, un peu de vertige avec une sensation singulière de plénitude qui lui fait croire que sa tête va éclater : il est accablé par une sensation générale d'écrasement et de tristesse, il a le pressentiment de quelque grand malheur. Deux des malades observés par Krafft-Ebing avaient annoncé qu'ils allaient succomber à une maladie cérébrale.

Jusqu'ici le sujet avait conscience de son état. Mais, peu à peu, la raison perd son empire ; les hallucinations entrent en jeu ; des idées insensées envahissent l'esprit du malade, il devient sombre et triste, il marmotte des monologues incessants. Il est aliéné, mais il sait encore dissimuler son état. On a vu des hommes investis de fonctions publiques, ou engagés dans le tourbillon des affaires, continuer à remplir correctement leurs devoirs, du moins en apparence, alors que leur esprit était déjà profondément troublé.

La perte de l'appétit et un amaigrissement rapide marquent la fin de cette période.

Enfin le délire éclate. Il peut offrir la forme maniaque; elle est de beaucoup la plus fréquente : il peut offrir la forme mélancolique : enfin il existe une forme mixte (Schüle). Nous ne parlerons que de la première de ces trois variétés, celle que présentait notre malade.

Pris d'une fureur insensée, le sujet crie, saute, frappe, se jette contre les murs : il couvre les objets qui l'environnent d'une pluie de crachats blancs, purement salivaires. Il profère avec volubilité des discours absolument incohérents, mais qui se rattachent souvent à ses préoccupations ordinaires, à ses habitudes professionnelles. Un étudiant parle de ses examens, un négociant de ses

affaires. Mais, ce qui domine la situation, après l'incohérence, c'est un état de terreur insensée. Le monde va périr, les flammes nous enveloppent; le malade se croit en enfer; il a quelquefois perdu le sentiment de sa propre existence : « Je n'ai jamais existé, s'écrie-t-il; je ne suis pas dans le monde (Schüle). »

Quelquefois cependant le malade éprouve des sensations agréables : tel était ce jardinier que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu, et qui croyait se promener dans des bosquets, où il respirait le parfum du jasmin et de la rose.

Les troubles physiques du délire aigu ne sont pas moins accentués. Je suis loin de vouloir vous les signaler tous : mais il en est un qui par son importance domine tous les autres, c'est la *fièvre*, c'est l'élévation de la température, qui peut atteindre 41° et même dépasser ce chiffre. C'est là un fait capital, car la folie, suivant la définition d'Esquirol est une maladie ordinairement sans fièvre. Les maniaques les plus violents ne présentent aucune augmentation de température. Il s'agit donc ici d'une maladie à part, dans le cadre des phrénopathies.

Notons aussi l'accélération souvent extrême du pouls, qui peut atteindre 140 pulsations par minute. Ce phénomène n'est cependant pas constant, car le nombre des pulsations peut descendre au dessous du chiffre normal. Dans un cas rapporté par Jensen, il n'y avait que 56 pulsations par minute.

D'autres phénomènes, qui semblent relever d'un état typhoïde, se manifestent au même moment. La langue se couvre de fuliginosités, l'haleine devient fétide, et une diarrhée intense se déclare : dans ces conditions, la mort peut survenir du troisième au cinquième jour.

L'un des symptômes les plus remarquables que présente le délire aigu, c'est l'exagération des réflexes. Non seulement la moindre excitation détermine des attaques convulsives, mais le passage de la sonde œsophagienne

peut provoquer des accidents d'une gravité mortelle. Que faire cependant, en présence d'un malade qui refuse obstinément tous les aliments, alors qu'il est de la plus haute importance de le nourrir ?

Si la vie se prolonge assez longtemps, le malade tombe dans un état adynamique qui se rapproche beaucoup, au point de vue extérieur, de l'aspect de la fièvre typhoïde. Le délire se transforme peu à peu en un assoupissement profond : les convulsions sont remplacées par une paralysie qui, lorqu'elle atteint les muscles du pharynx rend la déglutition impossible. Enfin des congestions et des phlegmasies viscérales se produisent sur divers points : la congestion pulmonaire est la plus fréquente de toutes. La congestion des reins a souvent pour conséquence l'albuminurie, ce qui prouve combien Dumesnil avait tort de faire de ce caractère un élément de diagnostic entre le délire aigu et la fièvre typhoïde ; l'albuminurie, comme on le voit peut exister aussi dans le délire aigu, tandis qu'elle peut manquer dans la dothinentérie.

Quand le malade doit guérir, ce qui a lieu, d'après Marcé, dans un quart environ des cas, on observe d'abord des rémissions dans le cours de la maladie : puis l'agitation se calme, le sommeil revient, les aliments ne sont plus refusés : les forces renaissent et le malade se trouve rétabli, au bout de quelques semaines de maladie.

Les lésions anatomiques du délire aigu, niées par les uns, admises par les autres, ne sauraient êtres contestées d'une manière générale. Ce qui est vrai, c'est qu'il existe deux catégories de faits. Dans la première, nous sommes en présence de lésions plus ou moins nettement caractérisées. Dans la seconde, il n'existe point de lésions suffisantes pour rendre compte du drame psychologique. A cet ordre de faits, qui ne sont pas les moins instructifs, appartient l'observation que nous avons rapportée au début de cette conférence.

Dans les cas où des lésions existent, elles offrent surtout la forme congestive. On constate une stase veineuse : un gonflement du cerveau, avec saillie de circonvolutions ; on reconnaît des traînées blanchâtres sur les vaisseaux de la pie-mère : ce sont des lymphatiques engorgés, et qui, vus au microscope, sont remplis de globules blancs.

On trouve çà et là des extravasations sanguines peu étendues, dans le parenchyme cérébral.

Les méninges sont finement injectées, et la substance corticale présente parfois une coloration rougeâtre, une couleur améthyste.

Ces altérations hyperémiques s'étendent souvent à la moëlle épinière.

Mais le fait capital, ce sont les adhérences qui s'établissent entre la pie-mère et les circonvolutions, comme dans la paralysie générale : cette lésion, que les Allemands ont surtout signalée, a été rencontrée trois fois à la clinique de Sainte-Anne.

On a signalé aussi l'hyperémie du quatrième ventricule.

Enfin, l'on aurait quelquefois rencontré des altérations des cellules corticales, mais ce point reste douteux.

Toutes ces lésions sont parfois masquées par un œdème, survenu dans les derniers jours de la vie.

Voilà pour les cas ou des lésions existent. Elles sont surtout de nature congestive.

Mais, si l'on considère le délire aigu, comme le veut M. Thulié, comme l'expression d'une anémie cérébrale, on aura l'explication des faits dans lesquels il n'y a point d'altérations visibles à l'autopsie.

Dans une thèse fort remarquable, M. Briand cherche à rattacher le délire aigu aux maladies infectieuses. Il a trouvé des bactéries dans l'urine et des microbes dans le sang. C'est là, sans doute, l'une des expressions de l'état

typhoïde : mais nous ne saurions y voir la cause véritable de la maladie.

Ainsi, pour nous résumer, le délire aigu est un ensemble symptomatique, qui rélève de conditions fort diverses, et qui ne se développe que chez des sujets prédisposés, et surtout chez des cérébraux.

Le diagnostic du délire aigu présente souvent des difficultés, que je ne saurais avoir la prétention de résoudre dans une leçon clinique. Laissez-moi seulement vous signaler quelques-uns des écueils qu'on est le plus souvent exposé à rencontrer.

La fièvre typhoïde est, avec la pneumonie, au nombre des affections communes que l'on est le plus exposé à confondre avec les affections mentales en général et avec le délire aigu en particulier. Il est des cas ou le diagnostic ne se fait qu'à l'autopsie. Lorsque la distinction est possible, elle s'appuiera surtout sur l'évolution de la maladie, sur la courbe de température, enfin sur les antécédents du sujet.

La manie suraiguë, qui par tant de côtés, confine au délire aigu, s'en distingue essentiellement par l'absence de fièvre, par la résistance à la fatigue, par l'amaigrissement moins rapide, enfin par la durée relativement plus longue de la maladie. Quand les accidents se prolongent, on peut être assuré qu'il ne s'agit pas d'un délire aigu.

Le début d'une paralysie générale peut souvent simuler cette maladie, surtout quand il existe une agitation prononcée. Mais ici la face est congestionnée, au lieu d'être pâle : les hallucinations font le plus souvent défaut, et le délire conserve cette tendance niaise, illogique et puérile, qui est absolument pathognomonique.

Enfin, le délirium tremens fébrile simule à tel point le délire aigu, que beaucoup d'observateurs ont voulu identifier ces deux affections.

Cependant, le tremblement caractéristique, la zoopsie,

la prédominance presque exclusive des hallucinations visuelles, permettront souvent de distinguer le délire alcoolique de la maladie qui nous occupe.

Le pronostic du délire aigu est toujours d'une gravité exceptionnelle. Il est presque absolument mortel chez les femmes récemment accouchées. Rappelons-nous, enfin, que cette affection est très sujette aux récidives, et que celles-ci sont presque toujours fatales. Enfin, les sujets qui survivent sortent toujours amoindris de la crise, et quelques-uns d'entre eux versent dans la démence.

Le traitement du délire aigu ne peut être que symptomatique.

Fortifier, nourrir le malade, le maintenir dans l'obscurité, faire régner le silence autour de lui, tels sont les moyens sédatifs qu'il convient d'employer tout d'abord.

Les calmants pharmaceutiques, l'opium, la morphine, les bromures alcalins, sont ici d'une utilité plus que douteuse, et ne doivent être prescrits que s'il existe bien manifestement des antécédents alcooliques.

Les bains prolongés, les applications de glace sur la tête, sont des moyens quelquefois utiles, mais dont il faut surveiller de près l'emploi, à cause de l'extrême faiblesse des malades.

La saignée est proscrite par la plupart des auteurs; on l'accuse de prédisposer les malades à la syncope. Cependant Krafft Ebing prétend avoir calmé le délire par l'application de quelques ventouses scarifiées derrière les oreilles.

L'enveloppement dans un drap mouillé, recommandé par M. Magnan, doit être absolument proscrit. Il expose le malade à des complications pulmonaires qui, dans l'espèce, sont presque fatalement mortelles.

La belladone est préconisée par M. Thulié. L'emploi de ce médicament est dangereux à la première période,

ou période congestive : il vaut mieux les réserver pour la seconde ou période dépressive.

L'alcool, administré avec prudence, peut rendre de grands services chez les sujets débilités. Le quinquina et les toniques amers semblent naturellement indiqués.

Enfin Messsieurs, lorsqu'on aura trouvé le parasiticide qui tue le microbe du délire aigu, je m'empresserai de vous l'indiquer.

DES NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES

Par G. H. ROGER.

(Interne des hôpitaux)

Les importants travaux qui se sont produits à notre époque ont jeté une vive lumière sur l'histoire des affections nerveuses. On est parvenu à créer des types morbides, bien caractérisés au point de vue clinique et on a tenté de les rattacher à des altérations déterminées. — Généralisant les données de quelques autopsies et les résultats de la physiologie expérimentale, on a cru pouvoir rapporter à des lésions du système nerveux central les divers types qu'on avait créés par l'observation clinique. Mais tandis qu'on étudiait ainsi les maladies de l'axe cérébro-spinal, on laissait de côté les altérations du système nerveux périphérique. Ces altérations semblent pourtant plus fréquentes et plus importantes qu'on ne l'avait cru tout d'abord. Quelques travaux récents ont ouvert sur ce sujet des horizons absolument nouveaux; ils ne tendraient à rien moins qu'à dépouiller le système nerveux central et particulièrement la moelle aux dépens du système nerveux périphérique. Il faudrait admettre que nombre de maladies que l'on avait rattachées jusqu'ici

à des myélites, ne sont que le résultat de névrites périphériques généralisées; dans d'autres cas, il semble qu'un même type clinique puisse être réalisé par une altération centrale ou par une altération périphérique. Si ces résultats se généralisaient, on arriverait à faire descendre presque toutes les affections nerveuses, du rang d'entités morbiles à celui de syndrômes cliniques. C'est là une conception qui s'appuie déjà sur plusieurs observations où le système nerveux périphérique fut trouvé profondément atteint, alors que les centres étaient indemnes. Malgré l'importance de ces travaux, il est encore prématuré peut-être, de tracer l'histoire clinique des névrites périphériques; on peut pourtant essayer de montrer les principaux résultats auxquels on est parvenu. C'est ce que nous nous proposons de faire dans ce travail.

Nous laisserons absolument de côté l'histoire des névrites viscérales; nous ne parlerons pas non plus des névrites résultant de la propagation d'une inflammation voisine; nous n'aborderons pas l'étude de la névrite ascendante, viscérale ou périphérique, et nous ne rechercherons pas l'importance de ces lésions dans le développement de certaines myélopathies. Ce que nous voulons étudier, c'est l'aspect clinique des névrites périphériques et particulièrement des névrites généralisées ou polynévrites qui simulent si parfaitement les affections médullaires. Pour qu'on puisse saisir plus facilement leur histoire si obscure, nous commencerons par étudier rapidement les névrites périphériques localisées. Ces dernières sont fréquentes et sont aujourd'hui assez bien connues.

La névrite traumatique nous représente un type très simple et fréquemment étudié. Il suffit de parcourir le livre de Weir Mitchell (1), pour rencontrer à chaque page

(1) Weir Mitchell. *Des lésions des nerfs et de leurs conséquences*, Paris, 1874. Trad. Dastre.

des exemples remarquables qui montrent l'influence de cette altération sur la motilité, la sensibilité et la nutrition. Le traumatisme constitue une véritable expérience physiologique, d'autant plus importante que la pathologie expérimentale n'est ici d'aucun secours. — Jamais, croyons-nous, on n'a observé à la suite des lésions nerveuses expérimentales, les troubles trophiques si importants que nous présente la pathologie humaine, depuis le simple erythème jusqu'à l'atrophie musculaire et l'arthropathie. (Voir particulièrement l'obs. 31 du livre de Weir Mitchell.)

Ces divers troubles se retrouvent dans les névrites spontanées et permettent de les distinguer des simples névralgies. On sait en effet, grâce aux recherches de Lasègue, Fernet, Landouzy, que sous le nom de névralgie on avait englobé deux états absolument distincts au point de vue des symptômes, de la marche, du pronostic, de l'anatomie pathologique. Toute névralgie s'accompagnant de troubles trophiques doit aujoud'hui rentrer dans le groupe des névrites. Cette distinction a été admirablement tracée pour la sciatique, dans des travaux trop bien connus pour que nous insistions sur ce sujet.

C'est encore à des névrites qu'on doit rattacher, au moins dans quelques cas, les paralysies consécutives aux maladies infectieuses. L'altération des nerfs périphériques a été démontrée dans le typhus par Bernhardt, dans la fièvre typhoïde par Kussmaül, dans la variole par Joffroy. « La vraisemblance, dit Landouzy (1), dépose en faveur de la possibilité de lésions névritiques à la suite de maladies aiguës. Peut-être faudra-t-il chercher dans un procédé de névrite interstitielle la raison de certaines de ces paralysies limitées de la tuberculose ; peut-être fau-

(1) Landouzy, *Des paralysies dans les maladies aigues*, Paris, thèse d'agrégation, 1880.

dra-t-il chercher encore dans un procédé de névrite interstielle la raison de certaines de ces paralysies d'allures périphériques, frappant tardivement quelques-uns des muscles des jambes chez certains typhiques. »

On connaît l'influence des maladies constitutionnelles, telles que le rhumatisme, la goutte, la syphilis, le paludisme, sur le développement des névrites. C'est par elles aussi qu'on a essayé d'expliquer certaines paralysies toxiques, celles par exemple que l'on rencontre dans l'alcoolisme chronique, dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone (Leudet) dans le saturnisme (Charcot). A côté de ces paralysies toxiques, nous placerons celles qu'on a observées quelquefois à la suite des injections sous-cutanées d'éther; Arnozan est parvenu à les reproduire chez les animaux et a pu démontrer ainsi leur origine névritique (1).

Il est encore un groupe de névrites dont l'importance tend chaque jour à s'accroître. Nous voulons parler du rôle considérable que jouent les altérations nerveuses dans la pathogénie des affections cutanées.

Tout le monde connaît l'aspect lisse de la peau *(glossy-skin)* que l'on observe quelquefois à la suite des névrites traumatiques. Les choses peuvent aller plus loin: il se produit des éruptions eczémateuses (W. Mitchel), vésiculeuses (Charcot) (2), ou bulleuses (id). Réciproquement, on a signalé des névrites dans l'eczéma (Colomiatti) (3); on en a vu dans le pemphigus (Déjerine) (4); on connaît leur importance dans la production du zona. L'altération des ganglions rachidiens, qu'on a si souvent rencontrée dans cette dernière affection, devrait même être regardée comme secondaire d'après Pitres et Vaillard (5).

(1) Arnozan. *Gazette hebdomadaire*, janv. 1885.
(2) Charcot. *Journal de physiologie*, 1859, p. 108.
(3) *Gazette delle Cliniche*. Torino, 1879.
(4) Déjérine. *Archives de physiologie*, 1876.
(5) Pitres et Vaillard, *Archives de neurologie*, 1883, I, p. 191.

Dans un cas de zona double, rapporté par ces auteurs, il y avait altération des nerfs, racines postérieures et ganglions du côté le plus anciennement malade ; de l'autre côté, la lésion ne portait que sur la périphérie des nerfs.

Parlerons-nous du mal perforant dont l'origine peut-être centrale ou périphérique ? Il en est de même pour la lèpre; l'altération médullaire peut manquer : tels sont les cas de Danielssen et Bœck, Grancher, Leyden, Dejerine et Leloir (1) qui démontrent l'importance des névrites périphériques primitives.

Certaines formes de gangrène nous semblent présenter un grand intérêt. Haller et Quesnay soutenaient que la section des nerfs d'un membre amenait la gangrène des extrémités. Hébréard et Wolff (1817) renversèrent cette hypothèse. Pourtant certains faits expérimentaux (Brown-Séquard) et cliniques (W. Mitchell, Charcot, etc.) tendent à démontrer l'influence considérable des névrites périphériques sur le processus nécrobiotique. Dejerine et Leloir (2) ont publié des cas de gangrène développée sous cette influence. Plus récemment, Pitres et Vaillard (3) ont rapporté une observation de gangrène massive qui démontre que dans quelques cas au moins, l'altération est sous la dépendance d'un processus névritique.

Les faits que nous avons relatés jusqu'ici sont relativement simples. Nous arrivons maintenant à une étude plus délicate. Dans le cours d'affections nerveuses, manifestement centrales, on peut rencontrer des névrites périphériques ; celles-ci se développent en dehors de l'influence du centre; c'est une autre altération, n'ayant avec la première aucun rapport direct. Or cette altération périphérique peut amener divers troubles qu'on est tout naturellement porté à rattacher à la lésion cen-

(1) Leloir : Thèse de Paris, 1881.
(2) *Archives de physiologie*, 1881.
(3) Ibid., 1885, janvier.

trale. L'interprétation est, on le comprend, extrêmement difficile ; ces faits, déjà connus depuis quelque temps, ont été mis en évidence dans un excellent mémoire de Pitres et Vaillard (1). Ces auteurs ont noté des processus de névrite parenchymateuse spontanée dans sept observations d'altérations centrales, telles que hémiplégie (3 obs.) paraplégie par compression (2 obs.) ataxie (2 obs.). Il en est résulté des troubles très variables ; eschares (5 cas), éruptions pemphigoïdes, mal perforant, œdèmes, dystrophie des ongles, arthropathies. Le seul point constant, c'est que ces névrites ont toujours suivi une marche centripète.

Nous arrivons maintenant aux observations plus complexes où les alternations périphériques tiennent sous leur dépendance les troubles les plus variés, simulant d'une façon parfaite, les affections réputées médullaires.

Graves (2) insistait déjà sur l'importance de ces névrites. « Les pathologistes, écrit-il, ont concentré toute leur attention sur les organes centraux et ils en sont arrivés à les regarder comme le seul point de départ possible de toutes les perturbations nerveuses..... oubliant ainsi que la cause des troubles fonctionnels peut résider dans les nerfs eux-mêmes ou dans leurs extrémités terminales. » Mais les faits qu'il relate ne sont pas suivis d'autopsie et il faut arriver au travail de Duménil (3) pour trouver un examen microscopique. Malheureusement les deux observations publiées par cet auteur ne sont pas de nature à entraîner la conviction. Dans l'un des cas la moelle n'a pas été examinée au microscope et dans l'autre on a trouvé des altérations médullaires. Il s'agissait dans ce deuxième fait, d'une paralysie ascen-

(1) Pitres et Vaillard. *Archives de neurologie*, 1883, I, p. 191.
(2) Graves, *Clinique médicale*, t. I, p. 636. (Trad. Jaccoud).
(3) Duménil (de Rouen). *Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 203, et 1866, p. 51.

dante dont le point de départ semble avoir été une contusion du sciatique. Duménil y voit le résultat d'une névrite ascendante, ce qui peut être exact; mais si le nerf malade a réagi sur la moelle, il a déterminé dans ce centre des altérations profondes, parfaitement décrites par Duménil, se rencontrant dans toute l'étendue de l'axe médullaire. Il s'agit en somme, non d'une névrite généralisée, mais d'une myélite, consécutive peut-être à une névrite ascendante, d'après le processus qu'ont si bien démontré les beaux travaux de M. Hayem.

Devons-nous éliminer de même l'observation publiée par M. Jaccoud (1) ? C'est l'histoire d'un homme atteint de paralysie avec atrophie des muscles innervés par les plexus brachial et sacré. Au milieu des muscles malades, il y en avait qui étaient restés intacts, et parmi ceux-ci, plusieurs étaient innervés par des rameaux d'un des nerfs altérés. C'était une paralysie dissociée et disséminée. M. Jaccoud discuta le fait avec beaucoup de soin et arriva à conclure qu'il n'y avait pas d'altération médullaire. L'autopsie démontra l'exactitude du diagnostic. Seulement elle révéla de plus la cause de tous ces troubles. Il y avait des plaques arachnoïdiennes diffuses comprimant les racines antérieures. Il ne s'agissait donc pas de névrites périphériques à proprement parler; il s'agissait d'un cas un peu spécial se rattachant à l'histoire des compressions d'origine méningée. Tel n'est pas l'avis de M. Gros (2) qui rejette l'influence des altérations des méninges et regarde ce cas comme un exemple de polynévrite. Quelle que soit d'ailleurs l'interprétation, le fait avait une grande importance; il servit à établir l'histoire clinique d'un groupe d'amyotrophies auquel M. Jaccoud donna le nom d'*atrophie nerveuse progresive*. C'est sous ce titre que le savant professeur vient de reprendre à

(1) Jaccoud. *Clinique de la Charité*, p. 372.
(2) Gros, thèse de Lyon, 1879.

nouveau cette étude (1); au premier fait il en ajoute trois autres : l'un de Hedenius où les phénomènes morbides relevaient d'une formation osseuse dans la pie-mère spinale; l'autre de Chvostek où l'on trouva des plaques calcaires arachnoïdiennes, le troisième personnel se rapportant à un cancer vertébro-crânien.

Depuis l'époque où parut le premier travail de M. Jaccoud, on a publié plusieurs observations tendant à démontrer l'existence des névrites périphériques généralisées ou polynévrites. Tous ces faits ont entre eux une grande analogie. Dans tous, il s'agit de paralysies ascendantes, se compliquant fréquemment d'atrophie musculaire et de troubles sensitifs. La marche est variable; dans certains cas l'évolution s'est faite en quelques jours, dans d'autres elle s'est prolongée pendant un temps plus ou moins long.

Les cas à marche rapide se rapportent à la *paralysie ascendante aiguë*, telle qu'elle a été décrite par Landry (2). Cet auteur publia sous ce titre plusieurs observations dont une très complète avec autopsie. Or, dans ce cas, Landry ne trouva aucune altération centrale; il pensa que la lésion devait siéger dans les nerfs, qu'il avait omis d'examiner. Cette opinion était celle qu'avait déjà soutenue Graves (3). à propos de plusieurs cas analogues dont il a rapporté l'histoire clinique.

Si l'on peut mettre en doute les résultats microscopiques obtenus à l'époque de Landry, il n'en est plus de même pour les travaux suivants où l'examen histologique a été fait avec tout le soin nécessaire. Cornil (4), Hayem (5), Vulpian (6), Cornil et Ranvier (7), Westphal (8), recher-

(1) Jaccoud. *Clinique de la Pitié*, p. 364, 1885.
(2) Landry. *Gazette hebdomadaire*, 1859.
(3) *Clinique médicale*, t. I, p. 636. Trad. Jaccoud.
(4) Pellegrino Levi. *Archives générales de médecine*, 1865.
(5) Hayem. *Bulletin de la Société médicale d'émulation*, 18[illegible].
(6) Vulpian in Thèse de Chalvet, 1871.
(7) Thèse de Petitfils, 1873.
(8) Westphal. *Archiv fur Psychiatrie*, 1876.

chèrent vainement des altérations médullaires dans la maladie de Landry. En 1879, la question fit un grand pas. Déjerine (1), résumant dans sa thèse ses travaux antérieurs sur ce sujet, démontrait dans deux cas, des altérations de névrite parenchymateuse dans les nerfs musculaires et dans les racines antérieures. Il n'y avait pas d'altération médullaire; mais Dejerine admit, comme l'avait fait Vulpian (2), qu'il devait exister une modification inconnue des cellules de la moelle. Plus récemment, deux observations de Strumpell (3) démontrèrent également l'absence d'altération centrale; les nerfs périphériques n'ont pas été examinés. En somme rien ne démontre dans la paralysie ascendante aiguë, l'existence d'altérations organiques de la moelle. Nous discuterons plus loin la question de savoir s'il n'y a pas une altération dynamique.

Les paralysies ascendantes à marche lente ont été étudiées par Ollivier d'Angers (4), et surtout par Duchenne de Boulogne (5). Tous deux ont insisté sur la marche envahissante de l'affection; tous deux ont essayé de la différencier de la paralysie générale des aliénés; tous deux enfin l'ont rattachée à une altération médullaire. De là le nom de *paralysie générale spinale subaiguë* que Duchenne a imposé à l'ensemble de ces faits. Il en distingue deux variétés principales qu'il caractérise par les épithètes d'*antérieure* et de *diffuse*.

« Les caractères fondamentaux de la paralysie générale spinale (antérieure) sont: 1° l'affaiblissement et progressivement l'abolition des mouvements volontaires;

(1) Thèse inaugurale. Paris, 1879.
(2) Vulpian. *Maladie de la moelle*, p. 189, 1877.
(3) Strumpell. *Archiv fur Psychiatrie*, 1883.
(4) Ollivier (d'Angers). *Traité des maladies de la moelle épinière*, t. II, 3e éd., 1837.
(5) Duchenne (de Boulogne). *Electrisation localisée*, 1re éd., 1851 et 3e éd., 1872, p. 458.

affectant d'ordinaire primitivement les membres inférieurs, ou l'un d'eux et se généralisant ensuite ; 2° la perte ou la diminution dès le début de la contractilité électro-musculaire dans les muscles paralysés ; 3° l'atrophie en masse des muscles paralysés et la métamorphose graisseuse d'un certain nombre d'entre eux. » A cette affection, Duchenne refusa de donner le nom de *progressive* ; car il avait noté dans plusieurs cas, des améliorations notables et même des restaurations à peu près complètes.

Dans la description de la forme dite *diffuse,* Duchenne a été, croyons-nous, moins bien inspiré. Il a réuni dans le même groupe, les affections les plus diverses. Il existerait d'après lui, des douleurs plus ou moins vives, des troubles sensitifs, des contractures de la rigidité des membres, de la paralysie de la vessie et des intestins, des désordres génésiques, des eschares au sacrum. Tous ces troubles viscéraux doivent évidemment faire rattacher l'affection qu'il décrit au groupe des myélites diffuses. Mais, Duchenne ajoute aussitôt, que le programme n'est pas toujours rempli, qu'il y a des formes incomplètes ne différant de la paralysie antérieure que par l'adjonction de troubles sensitifs et de douleurs. Ce sont justement ces cas qui nous semblent rentrer dans le groupe des névrites. Cette opinion s'appuie sur plusieurs observations importantes. Duchenne, au contraire, n'avait aucun fait probant pour soutenir l'origine médullaire de la paralysie générale spinale. Pour la paralysie antérieure, il rapporte même deux autopsies, où la moelle examinée par lui, fut trouvée saine ; il est vrai qu'il n'y eut pas d'examen microscopique. Pour la paralysie diffuse, il s'appuie sur deux observations de MM. Charcot et Joffroy (1) se rapportant à la myélite

(1) Charcot et Joffroy, *Archives de physiologie*, 1869.

diffuse, et sur les faits de Schuppel et d'Hallopeau relatifs à la myélite périependymaire. Ces observations n'avaient donc rien à voir avec l'affection qu'il essayait de décrire.

Au contraire des travaux récents tendraient à faire admettre que dans quelques cas au moins, la paralysie générale spinale de Duchenne est une affection périphérique. Tous les faits publiés n'ont pas la même valeur. Dans quelques cas, l'autopsie n'a pas été pratiquée; dans d'autres, elle a été faite d'une façon insuffisante. On ne peut faire ce reproche aux trois cas qui ont été réunis dans un remarquable travail de M. Joffroy (1). Deux observations représentent le type antérieur de Duchenne le troisième se rapproche de la forme diffuse. Voici un résumé de ces trois observations.

Observation I. (*Desnos et Joffroy*). — Femme de 33 ans, tuberculeuse : affaiblissement intellectuel. Paralysie des membres inférieurs; *pas de troubles sensitifs*. Diminution des reflexes. Vingt jours après l'entrée à l'hôpital, affaiblissement des membres inférieurs, portant surtout sur les muscles extenseurs, avec incoordination motrice. Il y avait perte de la notion de position. Atrophie rapide des muscles des membres inférieurs et supérieurs. A l'autopsie faite deux mois après l'entrée, il n'y avait rien au système nerveux central, sauf quelques adhérences méningées. Racines rachidiennes saines. Altération des nerfs périphériques (névrite parenchymateuse).

Observation II. (*Lancereaux*). — Homme de 26 ans. A la suite de phénomènes fébriles ayant duré deux semaines, la jambe gauche, puis le bras du même côté perdent leur force. Plus tard, affaiblissement du côté droit. Déformations consécutives à l'atrophie musculaire. Pas de douleurs. Mort de tuberculose, cinq ans après le début.

Autopsie. : Altération granuleuse des nerfs, allant en diminuant de la périphérie vers le centre. La moelle, examinée par Pierret, fut trouvée saine.

Observation III. (*Desnos et Pierret*). — Homme de 50 ans, atteint d'insuffisance mitrale. Six semaines après son entrée à l'hôpital, fourmillements et douleurs très vives dans les deux

(1) Joffroy, ibid. 1879.

pieds. Puis parésie et atrophie des muscles des jambes. Douze à quinze jours après, douleurs dans les membres supérieurs, affaiblissement des muscles de la main. Anesthésie, troubles passagers de la vue; mort par asphyxie.

Autopsie : Névrite mixte. Pas d'altération centrale.

Trois ans auparavant, Eichhorst avait publié une observation analogue (1).

Observation IV. — Femme, 66 ans. Début par les membres inférieurs : le gauche est d'abord atteint; l'on note des douleurs bientôt suivies d'anesthésie et de paralysie. Les reflexes et la contraction électrique ont disparu. Dix jours après, les extrémités supérieures sont envahies. Puis apparait une cécité qui précède de quarante huit heures la terminaison fatale. Celle-ci est le résultat de phénomènes dyspnéiques, semblant dus à une paralysie de la X^e^ paire.

Autopsie : Pas d'altérations centrales. Névrite mixte généralisée.

En même temps que paraissait le travail de Joffroy, Eisenlohr (obs. V.), publiait en Allemagne (2), un cas d'atrophie musculaire ascendante où la moelle fut trouvée intacte, les lésions portaient sur les nerfs et les muscles. L'auteur ne se prononça pas sur la question de savoir si l'altération avait pour point de départ les muscles ou les nerfs.

Peu de temps après, Leyden (3) insistait sur la fréquence des altérations névritiques et relatait deux observations nouvelles (obs. VI et VII). Dans l'une, il s'agit d'un homme de 28 ans qui fut pris subitement de fièvre et de douleurs dans les quatre extrémités. Les symptômes aigus ne tardèrent pas à se calmer; mais alors commença une atrophie-musculaire, frappant surtout les extenseurs du bras. Après plusieurs jours les jambes allaient bien, les membres supérieurs restant toujours impotents. Le malade mourut un an après, par suite d'une altération

(1) *Virchow's Archiv*, 1876.
(2) *Centralbl. fur Nervenkranhkheiten*, 1879.
(3) Leyden. *Zeitschr. fur Klin. Medic.* 1880.

renale. L'autopsie ne montra que de la névrite généralisée. Le deuxième fait se rapporte à un homme qui, deux ans après le début d'autres phénomènes nerveux, fut affecté de paralysie motrice et sensitive frappant les pieds et les mains. On trouva dans les cornes antérieures de la moelle des cellules présentant quelques vacuoles. Nous reviendrons plus loin sur la valeur qu'il faut attribuer à cette altération. Mais la lésion principale dans les deux cas portait sur les nerfs périphériques. Leyden fait remarquer que l'altération siégeait surtout au milieu du trajet des cordons nerveux, et particulièrement aux points de réflexions du nerf radial et du nerf péronien. Les lésions allaient en diminuant de ce point vers le centre.

Il existe encore plusieurs observations à peu près analogues, nous allons les résumer très brièvement.

Observation VIII. (*Grainger-Stewart*) (1). — Homme de 31 ans. Douleurs et affaiblissement des jambes. Un mois après, fourmillements pénibles aux mains, avec perte de la force musculaire ; le malade entre alors à l'hôpital (trois mois après le début); il y avait des douleurs périphériques, de l'anesthésie, de l'abolition du sens musculaire, diminution de l'excitabilité électrique. Mort de pneumonie un mois après l'entrée.

Autopsie : Cerveau et moelle sains, sauf un peu de dégénérescence des cordons postérieurs, aux régions cervicale et lombaire. Sur les nerfs périphériques, gonflement et dissociation du cylindraxe. Près de leur origine, les nerfs étaient sains.

Observation IX. (*Strumpell*) (2). — Homme de 47 ans, tuberculeux. Début par douleurs lancinantes dans les membres inférieurs. Un an après, faiblesse et incertitude dans la démarche; deux mois après, survient une aggravation rapide, puis après un apaisement relatif, nouvelle aggravation subite : une nuit l'excitation fut extrême et depuis cette époque, le malade eut de temps en temps de la divagation. Quand il entra à l'hôpital, dix mois après le début des phénomènes parétiques; il y avait une impotence des quatre membres; la parole était traînante; mais pas de paralysie faciale, les pupilles étroites mais réagissant bien à la lumière. La sensibilité

(1) *Edinb. med. Journ.* 1881, p. 865.
(2) Strumpell. *Archiv f. Psych. und Nervenkrankheiten*, 1883.

était diminuée, surtout aux membres inferieurs. Abolition des reflexes tendineux et diminution des reflexes cutanés. Atrophie très marquée des muscles des membres et du tronc; diminution de l'excitabilité faradique et galvanique. Pas de troubles urinaires ou intestinaux. Température entre 38 et 39. Pouls fréquent. Notons que le malade était tuberculeux. — Trois mois après l'entrée, dyspnée à début brusque, paralysie du diaphragme. Mort par asphyxie.

Autopsie : Tuberculose pulmonaire et intestinale. Cerveau et moelle, racines antérieures sans altération; dégénérescence très marquée sur les nerfs, examinés après action de l'acide osmique.

OBSERVATION X. (*Muller*) (1). — Femme de 60 ans, alcoolique et rhumatisante, atteinte de mélancolie. Au cours d'un rhumatisme articulaire, alors que les douleurs diminuaient, apparut une paralysie musculaire avec atrophie. On trouva la réaction de dégénérescence. Mort trois semaines après l'entrée à l'hôpital.

L'autopsie pratiquée par Recklinghausen, montra une atrophie sénile du cerveau et de la moelle. Pas d'altérations des racines. Dégénérescence des nerfs, surtout vers leur terminaison.

OBSERVATION XI. (*Vierordt*) (2). — Femme tuberculeuse, âgée de 23 ans, ayant contracté la syphilis deux ans auparavant; à la suite d'un refroidissement, paraplégie subite avec anesthésie et douleurs. Cinq semaines après, atrophie des muscles. Puis douleurs, paralysie et atrophie des muscles des membres supérieurs, de la nuque, du dos. Bientôt, troubles respiratoires, paralysie du diaphragme. Pouls 130-150. Mort deux mois et demi après le début.

Autopsie : Tuberculose peu avancée. Rien dans la moelle, ni dans les racines. Altération très marquée des nerfs périphériques et des nerfs vagues. Dégénérescence légère des fibres musculaires.

Vierordt rappelle à propos de cette observation qu'il a, chez deux phthisiques, rencontré à une période avancée de l'affection, de la paralysie des membres inférieurs avec perte des réflexes rotuliens. Dans les deux cas, il y avait diminution de la sensibilité. A l'autopsie, on trouva

(1) Muller. *Archiv. f. Psych. ünd. Nervenkrankhiten*, 1883.
(2) Vierordt. *Archiv. f. Psych und nervenkrankheiten*, 1883.

une dégénérescence des nerfs périphériques, sans altération centrale.

Tels sont les faits qui nous semblent établir l'origine périphérique de la maladie appelée par Duchenne paralysie générale spinale subaiguë. C'est en s'appuyant sur les résultats des autopsies que nous venons de relater, et en analysant avec soin les manifestations cliniques qu'ils observaient, que plusieurs auteurs ont pu publier comme exemples de névrites périphériques généralisées des cas non suivis d'autopsie. Ces observations ont évidemment beaucoup moins de valeur que les précédentes. Nous croyons néanmoins qu'il est intéressant d'en résumer rapidement les principales particularités cliniques. On aura ainsi sous les yeux l'ensemble des faits qui peuvent servir à jeter un peu de lumière sur l'histoire si obscure des névrites périphériques.

OBSERVATION XII (*Duménil*) (1). — Homme de 64 ans. Engourdissement débutant par les pieds et s'étendant ensuite aux mains. Anesthésie et parésie des quatre extrémités, puis atrophie. Sept mois après le début, douleurs dans les articulations des membres inférieurs. Hypéresthésie très marquée des mains et des pieds. Trois mois plus tard, les membres supérieurs retrouvent un certain degré de force. Le membre inférieur droit restait seul paralysé à la sortie du malade.

OBSERVATION XIII. (*Tripier*) (2). — Homme de 41 ans. Début par des douleurs, d'abord sourdes, puis fulgurantes dans le membre inférieur et le bras du côté droit. On donna de l'iodure de potassium. Après un mois, paralysie des quatre extrémités, puis atrophie du membre supérieur droit, particulièrement au niveau de l'éminence thénar. Sensibilité un peu diminuée. Sueurs sur les membres paralysés. Les membres inférieurs sont moins fortement atteints. On donne comme traitement, un an après le début, de l'arsenic et des douches. Amélioration rapide et guérison presque complète en deux mois.

OBSERVATION XIV. (*Tripier, in thèse de Gros*). — Homme de 68 ans. Douleurs très vives dans les membres inférieurs, en

(1) Duménil (de Rouen). *Gazette hebdomadaire*, 1866, p. 51.
(2) Gros. Thèse de Lyon, 1879.

1881. Ces douleurs, qui s'étaient calmées, augmentent rapidement en 1868. Le malade entra alors à l'hôpital, et l'on constata un état très grave : face vultueuse, hypertrophie cardiaque, malaise général, anorexie. M. Ollier pratiqua la névrotomie du saphène externe et l'examen de la portion du nerf reséqué, démontra l'existence d'une névrite mixte. 48 heures après l'opération, le malade succombait par asphyxie. L'autopsie n'a pas été faite.

Observation XV. (*Clément*) (1). — Homme de 38 ans. Le 21 février 1871, étant de garde, pendant la guerre, il éprouva des douleurs lombaires avec sensation de froid aux pieds; la nuit, douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, impossibilité de dormir. Les douleurs augmentent les jours suivants; dix jours après le début, elles s'étendent au ventre, s'accompagnant de dysurie, une nuit le malade eut une hématurie légère. Bientôt anesthésie des membres inférieurs, puis paralysie. Celle-ci ne tarda pas à s'étendre aux membres supérieurs, qui devinrent également insensibles. Cinq mois après le début de l'affection, le malade entre à l'Hôtel Dieu de Lyon, où l'on constate que les poignets sont pendants et la main fléchie en griffe ; il y a atrophie notable des muscles de la main ; les orteils sont recourbés en griffe. Les muscles atteints ne réagissent pas par l'électricité. Les reflexes sont abolis au niveau des jambes.

Nous devons ajouter de suite que cette observation avait été publiée par M. Clément comme un cas de méningite spinale disséminée ; M. Gros y voit au contraire un exemple de névrite périphérique. Nous discuterons plus loin ce dernier diagnostic.

Observation XVI. (*Grainger-Stewart*). — Homme de 52 ans. A la suite d'une chute sur les reins, douleurs, engourdissement et paralysie incomplète des quatre extrémités, perte de la contractilité électrique et des reflexes tendineux. Peau amincie et lisse, sueurs locales. Trois mois après, toute douleur a disparu ; la sensibilité et la motilité reviennent à l'état normal. Guérison au bout de huit mois.

Observation XVII. (*Id.*). — Homme de 51 ans. Fourmillements et paralysie des orteils, puis des mains. Diminution de la sensibilité tactile. Reflexes rotuliens abolis. Impossibilité de se tenir debout, œdème des jambes. Sous l'influence de l'électrisation et de la strychnine, le malade guérit en 6 mois.

(1) *Lyon médical*, 1871 et Gros, thèse de Lyon, 1879.

Observation XVIII. (*Leyden*). — Après un début fébrile, paralysie et atrophie des quatre membres. La paralysie rétrocède ainsi que l'atrophie, sauf aux membres inférieurs qui restent impotents.

Observation XIX. (*Pierson*) (1). — Homme de 36 ans. Fourmillement et paralysie dans les jambes. La paralysie est complète douze jours après le début, la contractilité électrique subsiste; sueurs profuses. Un mois plus tard, fourmillement et paralysie des doigts. Atrophie des muscles atteints. L'excitabilité faradique est abolie aux membres inférieurs, diminuée aux supérieurs : réaction de dégénérescence. A la face, paralysie occupant tous les rameaux de la VIIe paire. Cinq mois après le début, l'affection était très améliorée quoique la guérison ne fût pas encore complète.

Observation XX. (*Bœck*) (2). — Homme de 54 ans. Huit jours après le début d'un purpura avec phénomènes généraux intense, se montre un engourdissement dans le pouce et l'index de chaque main. Puis les deux avant-bras se paralysent. Le lendemain, douleurs, puis paralysie des membres inférieurs. Anesthésie des parties atteintes. Atrophie musculaire. Accès de dyspnée. Cet état s'améliore ensuite, deux mois après le début. Quatre ans plus tard, il restait encore un peu d'atrophie musculaire et une légère contracture des doigts.

Observation XXI. (*Guttmann*) (3). — Femme de 42 ans, toujours bien réglée, elle est prise subitement de douleurs dans les lombes et les membres. Bientôt faiblesse motrice, paralysie des membres et du tronc. Reflexes tendineux abolis. Pouls accéléré et température normale. Pas de troubles viscéraux. Les muscles paralysés furent rapidement envahis par une atrophie diffuse. La contractilité électrique était assez bien conservée. Deux mois après le début de ces accidents, la malade pouvait être considérée comme guérie.

On pourrait peut-être augmenter le nombre de ces faits. Mais ces quelques exemples nous semblent suffisants et ont entre eux une assez grande analogie pour que nous puissions essayer de résumer rapidement la symptomatologie générale des polynévrites. Cette ten-

(1) Pierson. *Volvmann's Samml. klin. Vortr.*, n. 229, et revue d'Hayem xxv, p. 177.
(2) Bœck. Tidsskr., f. prakt. Med., t. III, n° 17, et ibid.
(3) Guttmann. *Deutsch med. Wochenschr.* 1884, et ibid.

tative a déjà été faite par Joffroy, Gros, Grainger Stewart. C'est surtout Leyden qui, à plusieurs reprises, a insisté sur les caractères qui peuvent permettre dans quelques cas d'arriver au diagnostic.

Le début est extrêmement variable. Le plus souvent il est brusque. Dans plusieurs observations, on note des phénomènes fébriles analogues à ceux qui s'observent au début de la paralysie infantile. Ailleurs ce sera au milieu de son travail, que le malade éprouvera tout à coup des phénomènes douloureux, fort pénibles, et localisés aux extrémités. C'est en général aux membres inférieurs que s'observent d'abord les douleurs; dans quelques cas pourtant elles apparaissent en même temps aux quatre extrémités; exceptionnellement elles débutent par les membres supérieurs. Ce sont des sensations de fourmillements, de piqûres; quelquefois, mais rarement des douleurs fulgurantes analogues à celles de l'ataxie. Il est fréquent en même temps, d'observer sur les parties atteintes, un certain degré d'hypérestésie. Si, dans la plupart des cas, ces troubles sont symétriques on les a pu voir quelquefois prédominer d'un côté ou de l'autre.

Ces phénomènes douloureux sont suivis plus ou moins rapidement de phénomènes paralytiques. Il est quelques observations où l'affection a débuté par la paralysie. Tel est le cas de Vierordt où le malade fut brusquement atteint de paraplégie; les douleurs apparurent ensuite.

On sait du reste qu'elles ne sont pas constantes. Nous nous sommes déjà étendus sur cette particularité, caractéristique de la paralysie générale spinale subaiguë *antérieure* de Duchenne. Il nous suffira de rappeler que l'absence des phénomèmes sensitifs est formellement notée dans plusieurs observations, particulièrement dans celles de Joffroy, (obs. I et II).

La paralysie est le phénomène constant, mais son

étendue et son intensité sont fort variables. C'est par les extrémités qu'elle débute ; le plus souvent par les extrémités inférieures.

Au niveau des mains, il y aurait d'après Grainger Sterwart, impossibilité d'étendre et de fléchir les doigts tandis que les mouvements latéraux subsisteraient encore pendant quelque temps. Plus tard la paralysie peut s'étendre au reste des membres ; elle peut envahir les muscles de l'abdomen, du thorax, du rachis et même de la face ; la paralysie du diaphiagme n'est pas exceptionnelle, enfin c'est par une paralysie de la X[e] paire que l'on peut expliquer les accès de dyspnée notés dans plusieurs observations.

Le caractère fondamental de ces paralysies c'est l'absence de contractures. Les cas où on les a notées nous paraissent des faits complexes ; en même temps que de la polynévrite, il y avait de la myélite ou de la méningite spinale. Nous rappelerons encore que dans quelques cas on a signalé une incertitude de la démarche et une incoordination motrice qui simulaient un peu les troubles de l'ataxie. Dans une des observations de Joffroy il y avait perte de la notion de position.

La contractilité électrique des muscles atteints parait extrêmement variable. Le plus souvent semble-t-il, elle est diminuée. D'après Leyden, on rencontrerait ici des troubles analogues à ceux qui s'observent dans les paralysies faciales. Enfin nous avons vu notée dans plusieurs cas la réaction de dégénérescence.

Les reflexes tendineux sont diminués ou supprimés ; les reflexes cutanés sont très variables, normaux, diminués ou augmentés.

L'atrophie des muscles paralysés survient très rapidement. C'est une atrophie en masse, non systématique, n'ayant aucun rapport avec ce qu'on observe dans la maladie d'Aran-Duchenne. Ce n'est pas là le seul trou-

ble trophique : la peau peut être amincie et lisse ; elle peut présenter des ecchymoses, de l'œdème ; la cyanose des extrémités n'est pas très rare ; dans quelques cas on a noté des éruptions eczémateuses, des troubles trophiques du côté des ongles ; les sueurs locales semblent assez fréquentes.

Les troubles sensitifs sont inconstants. Les douleurs du début se calment plus ou moins vite : alors on voit assez souvent à l'hypéresthésie des premiers instants succéder de l'anesthésie. Quelquefois même il y a eu de l'anesthésie douloureuse. Il peut y avoir des modifications de tous les genres de la sensibilité : sensibilité au contact, au compas, à la piqure, sensibilité thermique.

Un caractère important pour le diagnostic c'est la douleur que l'on provoque en comprimant les troncs nerveux enflammés.

Enfin, il faut noter encore qu'il n'y a pas de troubles viscéraux, que les fonctions intestinales et vésicales sont parfaitement saines. On peut seulement observer des accès de dyspnée, de l'accélération du pouls sans élévation de la température, symptômes relevant d'une lésion du pneumogastrique ; il n'y a pas non plus de troubles intellectuels ; il n'y a pas de troubles sensoriels sauf la cecité attribuable à l'atrophie du nerf optique.

La marche des polynévrites permet de distinguer deux grandes formes : l'une aiguë c'est la maladie de Landry, l'autre subaiguë ou chronique, c'est la maladie de Duchenne. Ces deux types morbides nous semblent avoir entre eux les plus étroites analogies ; s'il n'y a pas d'atrophie musculaire dans la paralysie ascendante aiguë, c'est que l'évolution est trop rapide pour que cette altération ait le temps de se produire ; si les phénomènes douloureux font défaut, ils peuvent également manquer dans la forme subaiguë. Du reste nous pouvons, pour faire ce rapprochement, nous appuyer sur l'auto-

rité de plusieurs observateurs compétents, particulièrement de Leyden. Enfin il faut de toute nécessité admettre deux variétés de polynévrite subaiguë suivant qu'il existe ou non des troubles sensitifs.

La marche des polynévrites subaiguës est assez variable. Après un début généralement brusque, on voit survenir une amélioration progressive; les phénomènes douloureux disparaissent, les muscles retrouvent leurs fonctions et leur volume primitif. Cette rétrocession est lente; il faut compter deux à six mois et quelquefois plus. Enfin il peut y avoir des aggravations subites et même des rechutes. Grainger-Stewart cite un cas où la maladie récidiva trois fois en deux ans.

La guérison est une terminaison assez fréquente; mais elle peut être incomplète; il subsistera alors des déformations plus ou moins prononcées et plus ou moins gênantes.

La mort est généralement le résultat de phénomènes pseudo-bulbaires; elle survient par asphyxie.

Comme complication possible, on a noté des altérations secondaires du côté de la moelle et des méninges spinales.

En résumé affection ascendante et exceptionnellement descendante débutant le plus souvent par des douleurs dans les extrémités, suivie de paralysie motrice avec atrophie rapide des masses musculaires; puis rétrocession des phénomènes et guérison plus ou moins complète, telle est la marche générale, tel est l'aspect clinique que semblent revêtir les névrites périphériques généralisées.

Est-il possible à l'heure actuelle d'arriver à porter le diagnostic de polynévrite? Peut-on, étant donné un cas de paralysie avec atrophie musculaire, reconnaître s'il s'agit d'une altération périphérique ou centrale ? C'est là, évidemment, un problème extrêmement difficile à ré-

soudre. En l'absence de l'autopsie, on reste forcément dans le doute. Mais aujourd'hui on est en droit de se demander, en face d'une amyotrophie, si elle n'est pas périphérique. Il y a quelques années on ne se serait même pas posé la question.

Pour bien faire saisir toutes les difficultés du diagnostic, nous allons rapporter l'observation d'un malade dont l'histoire fort complexe, nous semble présenter un très grand intérêt. Nous discuterons ensuite la nature de l'affection dont il est atteint.

OBSERVATION XXII. (*Personnelle.*) — Le nommé Duval Louis, âgé de 18 ans 1/2 — serrurier, — entré le 2 février 1885, à l'hôpital Laennec, salle Larochefoucauld, lit nº 3. (Service de M. le professeur Ball.)

Aucun antécédent héréditaire. Le père de ce jeune homme est mort à 37 ans, dans le cours d'un rhumatisme. La mère est encore vivante.

Le malade était très chétif pendant son enfance. A l'âge de 10 ans, il eut une fièvre typhoïde. A partir de cette époque, il se porta mieux et à l'âge de 12 ans, il entra comme apprenti chez un serrurier. Il travaille beaucoup, nous dit-il, mais depuis trois ans il se fatigue bien moins.

L'affection actuelle a débuté il y a 16 mois. Brusquement, un samedi soir, il ressentit de violentes douleurs dans les membres inférieurs. Le dimanche il alla se promener, mais ses jambes étaient faibles et très douloureuses. Le lundi et le mardi, les troubles augmentèrent, et le mercredi le malade fut obligé de se mettre au lit. Il ressentit alors de violentes douleurs au niveau du tronc; puis les élancements pénibles occupèrent les membres supérieurs, le cou et même la face. En même temps, les diverses parties du corps étaient devenues le siège d'une hypéresthésie extrêmement vive.

Pendant que ces phénomènes douloureux suivaient une marche ascendante, apparaissait une paralysie qui débutait par les membres inférieurs, s'étendait ensuite au tronc et aux membres thoraciques. La situation du malade devint extrêmement lamentable : incapable de tout mouvement, il était condamné à rester couché et dans l'impossibilité de se maintenir assis sur son lit. En même temps, les muscles paralysés perdirent leur volume normal et s'atrophièrent rapidement. Six semaines environ après le début de cette affection, apparurent de nouveaux troubles, qui firent penser à une ménin-

gite cérébrale. Le malade fut pris subitement de fièvre, avec délire, vomissements et convulsions généralisées. Ces accidents ne durèrent que trois jours. A la suite, on remarqua que les doigts étaient maintenus fléchis dans la paume des mains par suite d'une contracture des fléchisseurs. Quinze jours plus tard, le malade était repris des mêmes accidents, qui durèrent quatre ou cinq jours, mais furent moins violents que la première fois. A la suite, la contracture des fléchisseurs augmenta, les mains prirent l'aspect qu'elles offrent aujourd'hui et que nous décrirons tout à l'heure.

C'est alors que le malade fut transporté à l'hôpital Bichat (décembre 1883). On lui donna du bromure de potassium. Trois semaines après, il quittait l'hôpital, nullement amélioré, souffrant toujours, incapable de tout mouvement, ayant par suite de l'atrophie de ses muscles, un aspect squelettique.

Il entra alors à l'hôpital Tenon (janvier 1884), où il resta jusqu'au 2 novembre. C'est là que se produisirent de nouveaux phénomènes fort remarquables : les douleurs disparurent peu à peu, et à la fin de juin le malade ne souffrait plus du tout. Vers le mois de mai, les membres inférieurs, puis le tronc, puis les membres thoraciques présentèrent de nouveau des mouvements volontaires. En même temps, les muscles reprirent leur volume normal, sauf aux membres supérieurs où persiste l'atrophie quoique un peu améliorée. Le malade put marcher et se sentit bientôt en assez bon état pour quitter l'hôpital.

Mais la contracture des membres supérieurs persistait, et c'est à cause de ce phénomène qu'il demanda son admission à l'hôpital Laennec.

Examen le jour de l'entrée. (2 février 1885.) — Le malade se tient facilement debout, il marche sans aucune difficulté, les muscles du tronc semblent absolument normaux.

Membres inférieurs. — Les muscles des membres inférieurs ont peut-être un peu diminué de volume. Tous les mouvements volontaires sont possibles. Lorsqu'on essaye de fléchir le pied, on éprouve un peu de résistance. Il y a à ce moment un certain degré de contracture, d'ailleurs passagère, des muscles extenseurs du pied.

Pas d'épilepsie spinale.

Reflexe tendineux diminué, à peine sensible. Reflexe plantaire exagéré.

Sensibilité normale.

Membres supérieurs. — Les mouvements du bras et de l'avant-bras sont normaux, sauf un léger degré d'affaiblissement du deltoïde.

Les muscles des membres supérieurs sont extrêmement

grêles. Le deltoïde particulièrement, est notablement atrophié. Les muscles extenseurs des doigts ont complètement disparu, et l'on sent facilement les deux os de l'avant-bras qui semblent en quelque sorte sous-cutanés.

L'altération la plus remarquable porte sur les mains.

Main droite. — La main est légèrement fléchie sur l'avant-bras, mais le malade peut facilement l'étendre où la fléchir d'avantage.

La paume de la main est réduite à un méplat. L'éminence thénar a complètement disparu. Les mouvements du pouce sont nuls, sauf ceux d'extension et de flexion de la deuxième phalange. Nous ajouterons que lorsque le malade fléchit le pouce, il y a un certain mouvement simultané dans les autres doigts. On peut imprimer au pouce tous les mouvements qu'on veut.

Pour les quatre derniers doigts, la première phalange est étendue; le malade peut du reste lui imprimer quelques mouvements de flexion et d'extension. La deuxième phalange est fortement fléchie sur la première et la troisième sur la seconde. Mais on peut facilement étendre la phalangette, tandis qu'il est impossible d'étendre la phalangine. Toute tentative dans ce sens, amène de très vives douleurs.

Main gauche. — La main gauche est fléchie presque à angle droit sur le poignet. On peut exagérer la flexion de la main, mais on ne peut l'étendre. Les muscles de la paume de la main sont atrophiés, mais moins qu'à droite. Les mouvements du pouce subsistent, quoique très affaiblis. Pour les autres doigts, l'altération est semblable à celle de la main droite.

La sensibilité est normale, aux membres supérieurs, comme aux inférieurs.

Pas de troubles sensoriels. Rien du côté de la face. Les fonctions intestinales et urinaires sont normales, nous rappellerons qu'elles n'ont jamais été troublées.

L'exploration électrique a été pratiquée au moyen de courants continus. Mais ces recherches ont été très difficiles, car elles déterminaient de violentes douleurs, tellement marquées aux membres inférieurs que nous n'avons pu explorer les muscles.

Pour les membres supérieurs, on obtient un léger mouvement dans les extenseurs, en appliquant sur eux le pôle négatif. A l'ouverture il n'y a pas de contraction. L'application sur les muscles, du pôle positif amène une contraction très légère à la fermeture comme à l'ouverture. En somme, on a la formule suivante :

$$\text{Ka S Z} > \left\{ \begin{array}{l} \text{An S Z} \\ \text{An O Z} \end{array} \right. > \text{Ka O Z}$$

dans laquelle KaOZ est égale à 0. La contraction se fait donc suivant la loi normale. Ces mouvements ont été obtenus en employant quinze éléments. Après cette exploration, nous avons pu amener quelques contractions dans les muscles, avec seulement dix éléments. C'est là, comme on sait, un phénomène qu'on désigne depuis Brenner, sous le nom de contractilité secondaire.

Le cas que nous venons de publier rentre évidemment dans le groupe des paralysies générales spinales subaiguës diffuses de Duchenne. Mais, comme nous l'avons établi plus haut, ce groupe est constitué par des faits disparates; ce diagnostic ne peut donc nous suffire. S'agit-il d'une myélite diffuse ? Le grand argument à faire valoir contre cette interprétation, c'est l'absence de troubles viscéraux. C'est justement sur cette particularité que se sont appuyés la plupart des auteurs qui ont cru pouvoir diagnostiquer une névrite périphérique; de plus, la marche de l'affection dans notre cas, ne rappelle pas celle des myélites diffuses. Il serait vraiment étrange de voir une atrophie musculaire, retrocéder ainsi presque complètement si l'on admet qu'elle est sous la dépendance d'une altération des cornes antérieures. On pourrait sans doute rapprocher cette observation de celles qui ont été publiées par Déjerine comme « une forme particulière et curable de myélite centrale diffuse chronique (1) ». Mais dans les deux observations qui font la base de ce travail, la guérison ayant été complète, il n'y a pas eu d'autopsie. Rien ne prouve donc qu'il ne se soit pas agi ici de névrites périphériques ; la symptomatologie de ces deux cas, cadre complètement avec celle des observations que nous avons recueillies.

Il serait peut-être plus rationnel d'admettre une méningite spinale, ayant à un moment, retenti sur les méninges crâniennes. On pourrait, dans cette hypothèse

(1) Dejerine. *Revue de médecine*, 1882.

supposer une compression des racines antérieures expliquant les phénomènes de paralysie et d'atrophie : ce serait si l'on veut un cas analogue à ceux qu'a publiés Jaccoud sous la dénomination d'atrophie nerveuse progressive. Mais comment dès lors expliquer la contracture dont sont atteints les muscles fléchisseurs de la main? Cette contracture constitue, dira-t-on, un argument puissant à faire valoir contre l'idée de névrite périphérique généralisée. On pourrait, il est vrai, admettre qu'il y a eu secondairement une altération médullaire par névrite ascendante, mais on peut faire une autre hypothèse : la contracture est survenue brusquement dans le cours de phénomènes méningés. Pourquoi dès lors ne pas admettre qu'il y a eu réellement une poussée de méningite cérébro-spinale, dans le cours d'une névrite généralisée ? c'est là une hypothèse simple et très plausible ; elle a été également soutenue par M. Gros, à propos de la discussion à laquelle il a soumis le fait publié par Jaccoud.

En résumé, névrite primitive avec poussée de méningite expliquant la contracture et la déformation des mains, tel est le diagnostic qui nous semble le plus probable. Nous sommes d'autant plus porté à l'admettre que c'est celui auquel se sont arrêtés MM. les professeurs Ball et Damaschino, après avoir longuement examiné le malade.

Quelle que soit l'interprétation que l'on admette pour notre observation, les faits suivis d'autopsie, que nous avons rapportés plus haut suffisent à démontrer l'importance des névrites périphériques généralisées. L'étiologie en est très obscure. Le froid, le rhumatisme (Duménil, Jaccoud) ont été invoqués dans quelques cas. Ailleurs on a voulu faire jouer, au moins dans les formes aiguës, un grand rôle à l'infection (Westphal) ou à la dyscrasie (Hayem). Nous ferons remarquer aussi que

la plupart des sujets étaient tuberculeux; peut-être n'y a-t-il là qu'une coïncidence; mais il semble prouvé aujourd'hui qu'il n'est pas très rare d'observer chez les phtisiques des paralysies localisées qui semblent relever d'un processus de névrite.

La nature de la névrite est assez variable, tantôt parenchymateuse, tantôt mixte. Gros se demande si la première altération ne caractérise pas les formes à marche aiguë, et la deuxième les formes à marche lente.

Reste à savoir maintenant quel est le processus morbide dans les cas que nous avons étudiés. L'affection débute-t-elle réellement par les nerfs ? Faut-il au contraire admettre une myopathie primitive ? Faut-il enfin regarder les altérations neuro-musculaires comme étant sous la dépendance d'altérations inconnues, peut-être d'un trouble dynamique de la moelle ?

Cette dernière hypothèse rallie beaucoup de savants français. C'est celle qu'ont admis Duchenne et Vulpian; c'est celle qu'a soutenue Déjerine pour la paralysie ascendante aiguë. Erb (1) s'est fait en Allemagne, le défenseur de cette théorie. D'après lui une diminution de la résistance vitale du centre trophique se fera sentir sur les points les plus éloignés de l'appareil moteur périphérique. A l'appui de cette opinion, on peut rappeler que dans une observation de Leyden (obs. VII) il y avait des altérations médullaires. On peut également citer le cas suivant publié par Eisenlohr (2).

Observation XXIII. — Homme de 23 ans, tuberculeux. Atteint de paralysie des membres inférieurs, avec atrophie musculaire. Pas de douleurs. Reflexes patellaires abolis. Puis l'atrophie envahit en un mois, les membres supérieurs, les muscles du dos, le diaphragme. La mort survint au milieu

(1) *Neurolog. Centralbl.* 1883, n° 21.
(2) Ibid. 1884, n° 7.

d'accès d'étouffement. L'absence de douleur avait fait rejeter l'idée de névrite.

Autopsie : Pas d'altération de l'encéphale. Dans la moelle, on trouva des altérations des cellules des cornes antérieures : au niveau des régions lombaire et sacrée, le protoplasma était creusé de vésicules ; les cellules se coloraient mal et ne présentaient ni noyaux, ni prolongements. Les racines antérieures étaient saines. Sur les nerfs périphériques existait une dégénérescence très marquée, allant en diminuant de la périphérie vers le centre.

En face de cette opinion se place celle qui tend à voir dans tous ces faits des myopathies primitives. L'altération nerveuse et médullaire se développerait secondairement. On peut aussi invoquer de nombreux faits à l'appui de cette hypothèse. Nous rappellerons tout d'abord que l'on a souvent admis que la paralysie saturnine était primitivement musculaire et pouvait secondairement amener des altérations des nerfs et même de la moelle. Les expériences de Drouet (1) tendraient à confirmer cette hypothèse. On pourrait aussi faire remarquer que l'histoire des myopathies tend chaque jour à s'étendre. L'atrophie musculaire des enfants rentre dans ce groupe, ainsi que le montre l'observation récente de Landouzy et Déjerine (2). Enfin, on cite partout deux exemples remarquables de myopathie progressive, l'une ascendante et à marche rapide, publiée par Debove (3), l'autre decendante et à marche très lente (quinze ans) rapportée par Lichtheim (4). L'auteur allemand se basant sur ce fait unique, n'hésita pas à tenter une généralisation, au moins hasardée : il voulut faire de toutes les atrophies musculaires, des altérations myopathiques. C'était là une exagération bizarre qui n'a guère trouvé d'écho.

Nous avons montré les arguments en faveur des opi-

(1) Drouet. Thèse de Paris, 1875.

(2) Landouzy et Dejerine. *Revue de médecine*, février 1885.

(3) Debove. *Progrès médical*, 1878.

(4) Lichtheim. *Archiv der Psychiatrie*, 1878.

nions myélopathiques et myopathiques. Pour soutenir la théorie névritique, nous n'avons qu'à renvoyer aux faits que nous avons rassemblés, dans lesquels il n'y avait pas d'altération médullaire et où les altérations musculaires semblaient moins marquées et moins anciennes que les altérations névritiques.

Tous ces faits paraissent contradictoires : la conclusion pourtant nous semble assez simple. Elle a été nettement formulée par Leyden. L'atrophie musculaire peut débuter par un point quelconque du système moteur, fibres musculaires, nerfs moteurs, racines antérieures, cellules des cornes antérieures et des noyaux moteurs du bulbe. On pourrait même ajouter qu'il peut y avoir une origine encore plus élevée. Nous voulons parler des atrophies musculaires survenant dans les membres contracturés des vieux hémiplégiques et semblant relever d'une altération des cellules médullaires sous la dépendance de la dégénérescence secondaire de la moelle. C'est là, on le sait, une théorie qui a été soutenue avec grand talent par Brissaud (1).

Telles sont croyons-nous, les conclusions auxquelles on peut arriver aujourd'hui. Tel est le bilan de nos connaissances dans l'histoire des paralysies et atrophies pseudo-médullaires. Mais il est encore une affection médullaire qui peut être simulée par une névrite périphérique. Nous voulons parler de l'ataxie locomotrice progressive.

Déjà en 1878. A. Ollivier (2) avait publié une observation où des phénomènes analogues à ceux du tabes dorsal, reconnaissaient pour causes une compression des racines postérieures par des dépôts uratiques. C'était, si l'on veut pour les myélites postérieures,

(1) Brissaud, Thèse de Paris, 1881.
(2) Aug. Ollivier. *Archives de Physiologie*, 1878, p. 455.

quelque chose d'analogue à ce qu'est pour les myélites antérieures, l'atrophie nerveuse progressive de Jaccoud. Mais deux observations bien plus importantes, ont été récemment publiées par Déjerine (1). Il s'agit dans ces deux cas, d'ataxiques avérés, présentant tous les signes classiques du tabes : incordination motrice; abolition du reflexe tendineux; troubles sensitifs, etc. L'autopsie montra que la moelle était parfaitement saine, ainsi que les racines et les ganglions spinaux. Il existait par contre une névrite parenchymateuse.

Ces deux faits donnent à réfléchir. Ils viennent bouleverser l'histoire d'une des affections dont la nature médullaire semblait le mieux démontrée. Aujourd'hui, il faut en face d'une ataxie, songer au neuro tabes périphérique, comme il faut, en face d'une amyotrophie, songer à la névrite généralisée.

Nous avons essayé, dans le cours de cette étude, de montrer combien est grand le rôle que jouent les altérations névritiques dans les manifestations cliniques qu'on avait trop facilement rattachées à des altérations médullaires. Il s'est passé pour le système nerveux ce qui s'est passé pour le système circulatoire. L'organe central a absorbé toute l'attention, et l'on a trop négligé l'étude des troncs et des branches. La névrite comme l'artérite, a été remise en honneur par les travaux récents que nous avons résumés. Les résultats obtenus, pour être encore un peu vagues, n'en sont pas moins très importants. On ne peut plus dire aujourd'hui que l'histoire des névrites est un cadre sans tableau (Charcot); il y a au moins une esquisse.

(1) Déjerine. *Archives de Physiologie*, 1884, t. I, 231

DE L'ÉTAT DES REFLEXES

CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

Par A. BETTENCOURT-RODRIGUES

Ancien interne de l'asile Ste-Anne

L'état des reflexes et particulièrement des reflexes tendineux a pris depuis ces derniers temps, dans la sémiotique des maladies nerveuses, une importance considérable que personne ne saura contester. Et ce n'est pas seulement au point de vue purement clinique et nosologique que ces phénomènes réclament toute notre attention, mais aussi et principalement au point de vue de l'anatomie pathologique et du siège même des lésions.

Si les reflexes, par les différents degrés d'intensité avec lesquels ils se manifestent, peuvent jusqu'à un certain point nous renseigner sur la marche et l'évolution de la maladie et nous donner même le mot juste ou l'étiquette qu'il faut mettre dans le cadre du diagnostic, ils nous permettront quelquefois aussi de regarder, pour ainsi dire, à travers l'organisme vivant et de déceler, dans les profondeurs même de l'axe nerveux, les traces de la lésion et le domaine plus ou moins étendu du processus pathologique. Aussi un clinicien ne manquera jamais d'interroger l'état de la reflectivité médullaire dans les différentes maladies de l'axe cérébro-spinal. Tout le monde sait en effet le rôle considérable que joue, dans la diagnostic des affections nerveuses, et, notamment, dans certaines myélites, l'ataxie, par exemple, la paralysie spinale de l'enfance, la sclérose multiloculaire et dans les maladies du cerveau, accompagnées ou non de dégénérescence du faisceau pyramidal,

l'état des reflexes, c'est-à-dire, le degré d'irritation ou d'intégrité plus ou moins complète du tissu de la moelle.

Depuis l'abolition la plus complète des reflexes tendineux jusqu'au phénomène de la trépidation spinale ou épilepsie spinale provoquée, il y a là toute une série de nuances qui sont autant de signes objectifs qui nous permettront de juger en dernier lieu et de porter souvent un diagnostic dans des cas difficiles et embarrassants.

Depuis que Charcot et Vulpian ont constaté pour la première fois (1862) le phénomène de la trépidation spinale chez une malade de la Salpêtrière atteinte de sclérose en plaques et que Westphal et Erb, en Allemagne, ont signalé à leur tour (1875) le *phénomène du genou*, ou reflexe patellaire, une fois l'accord établi sur le vrai sens clinique et physiologique de cette nouvelle catégorie de symptômes, toute une série d'observateurs éminents se sont mis à rechercher les différentes conditions dans lesquelles ils pouvaient se produire et à placer en même temps en relief toute leur importance clinique.

La paralysie générale progressive, maladie malheureusement trop fréquente, et qui, à elle seule, occupe un des chapitres les plus vastes dans l'histoire des maladies nerveuses et mentales, ne pouvait certainement se dérober au point de vue qui nous occupe, aux recherches des spécialistes. Mais ici la complexité même de la maladie, le siège excessivement étendu et variable de ses lésions, sa marche inégale et capricieuse sont autant de difficultés et d'embarras qui, jusqu'à un certain point, nous rendront compte des résultats, en apparence contradictoires, auxquels sont arrivés les auteurs.

Si la paralysie générale se complique, à un moment

donné, d'une dégénération des cordons postérieurs — et c'est là un fait relativement fréquent — nous aurons, avec toute une série d'autres symptômes concomitants, douleurs fulgurantes, troubles vesicaux, ataxie, etc., une abolition ou tout au moins une diminution considérable des reflexes tendineux. Inversement, une dégénération des cordons antero-latéraux et notamment du faisceau pyramidal se traduira au dehors par une exaltation manifeste des reflexes tendineux.

Sans parler des lésions cérébrales, et on sait qu'elles sont vastes et nombreuses, la simple irritation ou l'hypérémie de la substance grise de la moelle, le ramollissement, la méningite spinale, les plaques de sclérose disséminées, sont autant de substratum anatomiques et de causes efficientes qui pourront modifier considérablement et souvent chez un même malade l'état de la reflectivité médullaire et nous donner, dans certains cas, l'exagération et, dans d'autres, l'abolition des reflexes.

Tout ceci, on le voit, complique singulièrement l'étude de ce symptôme. La paralysie générale progressive, maladie essentiellement protéiforme, se présentant chez chaque malade sous un aspect clinique différent, est loin d'offrir cette marche régulière, cette monotonie et cette correction d'allures qu'on retrouve plus souvent dans les autres maladies nerveuses, où cependant les formes frustes ne sont pas des faits très rares. Chaque variété clinique aura sa symptomatologie spéciale ; j'emploie ici à dessein ce pléonasme scientifique qui peut nous rendre compte des résultats contradictoires auxquels on est arrivé.

Mais, avant d'aller plus loin, passons rapidement en revue ce que nous disent les différents auteurs qui ont écrit sur ce sujet.

Muhr (1), le plus ancien en date, sur 51 malades qu'il a observé n'aurait trouvé que six fois l'abolition du reflexe rotulien. Sur 13 malades, examinés par Claus (2) cet auteur aurait trouvé 3 fois l'abolition, mais très souvent l'exagération des reflexes. Joffroy (3), en France, a examiné 15 sujets; chez 2 malades le reflexe du tendon rotulien était normal et même il était manifestement exagéré chez 2 de ces malades, chez 4 autres le reflexe était complètement aboli. Enfin chez 2 malades il paraissait diminué.

« Maintenant, dit Joffroy, si nous examinons l'histoire de chacun de ces cas nous remarquerons que chez les 3 premiers on n'a relevé que des symptômes cérébraux, tandis que chez les quatre derniers il existe ou bien il a existé des symptômes spinaux. Ainsi l'un de ces malades a des douleurs fulgurantes caractéristiques et une paralysie très marquée de la vessie. Chez deux autres les troubles cérébraux ont été précédés, pendant plusieurs années, de douleurs tenaces que l'on regardait comme rhumatismales. »

Quoi qu'il en soit, les observations de Joffroy semblent confirmer les résultats de la statistique de Shau (4) qui, sur 10 malades, aurait trouvé presque aussi fréquente l'exaltation que l'abolition ou la simple diminution du reflexe patellaire. Seppilli, (5) en Italie, n'aurait pas trouvé cette même proportion car sur 10 malades il n'a

(1) Patellarsehnen Reflexe bei der Dementia paralytica. *Psych. Centralblatt*, *n° 2 1878.*

(2) Ueber Erkrankungen des Ruckenmarks bei Dementia paralytica und ihren Verhalten zum Kniephanodmen und verwandten Erscheinungen. (*Allgem. Zeitschr. für Psych.* 38 Bd. 1881.)

(3) Note sur le reflexe tendineux dans la paralysie générale des aliénés. Arch. phys. 1881 pag. 474.

(4) Tendonreflex in général Paralysis of the Insane. *Journal of mental and nervous Diseases*. 1881.

(5) I riflessi tendinei studiati nello stato fisiologico nelle malattie nervose, e nelle frenopatie. *Rivista di Freniatr.* 1882, fasc. III et IV.

constaté que quatre fois l'exagération et une seule fois l'abolition des reflexes ; dans les autres cas ceux-ci étaient à peu près normaux.

En 1882, Mickle (1) a publié également le résultat de ses recherches sur l'état des reflexes chez les paralytiques généraux. Je dois dire cependant que les résultats auxquels est arrivé cet auteur sont beaucoup plus complexes, attendu qu'il a pris en considération, dans l'étude du symptôme en question, non seulement le tableau clinique de la maladie, mais aussi son étiologie. Mickle a trouvé que le groupe des cas dans lesquels le reflexe était normal et le groupe des cas où il manquait complètement ou presque complètement dépassait en nombre le groupe des cas où il était nettement exagéré. Il a, en outre, remarqué, ce qui du reste avait déjà été signalé par d'autres observateurs, que le reflexe du genou peut varier chez le même individu a différentes périodes de la maladie. C'est là un fait incontestable et de simple intuition clinique, étant donné la nature même de la maladie, la diffusion de ses lésions et sa marche envahissante et progressive.

Mais faire la part de l'étiologie dans l'étude d'un symptôme dela naturede celui qui nous occupe, c'est, ce me semble, introduire inutilement un sujet de confusion dans le chapitre du diagnostic, car on sait parfaitement que l'accord est loin d'être établi sur l'influence de l'alcoolisme et de la syphilis, dans l'étiologie encore si obscure de la paralysie générale. Mickle aurait néanmoins trouvé qne le reflexe rotulien manque généralement dans les cas où l'alcoolisme joue le principal rôle dans l'étiologie de la maladie tandis que l'exagération serait le fait le plus fréquent dans les cas de paralysie générale d'origine syphilitique.

(1) The Knee-jerk in général Paralysis. *Journal of mental sciences.* Oct. 1882.

Mais ce qu'il y a de vraiment intéressant dans les observations de Mickle c'est le rapport qu'elles tendent à établir entre l'état des pupilles et le reflexe du genou dans la paralysie générale.

On sait que dans l'ataxie locomotrice, ou le reflexe rotulien manque habituellement, la pupille tout en se contractant par l'effort de l'accommodation, ne réagit plus sous l'influence de la lumière, phénomène qui a été signalé pour la première fois en 1869 par Argyll Robertson et que Vincent, en France, aurait observé aussi au début de la paralysie générale. Or, d'après Mickle dans les cas de paralysie générale avec abolition du reflexe patellaire, il y aurait un vrai défaut de réaction pupillaire aux rayons lumineux. Ce fait serait à rapprocher de celui qui a été constaté dernièrement par Moeli (1) Cet observateur ayant constaté chez un certain nombre de paralytiques généraux un défaut considérable de réaction pupillaire non seulement à la lumière mais aussi aux excitations cutanées (2), s'est mis à rechercher si ce phénomène ne serait pas en rapport avec une lésion des cordons postérieurs ; cette lésion est, on le sait, une des complications les plus fréquentes de la paralysie générale. Moeli, ayant donc examiné un certain nombre de malades au double point de vue du reflexe rotulien et de la réaction pupillaire, a trouvé que celle-ci est non seulement défectueuse, mais très souvent abolie dans les cas de paralysie générale avec abolition du reflexe rotulien.

Cette concordance vraiment remarquable entre les reflexes tendineux et les reflexes pupillaires est aujour-

(1) Die Réaction des Pupillen Geisteskranker bei Beizung sensibler Nerven. *Arch. für Psych. und Nervenk.* Bd XIII, Heft. 3.

(2) Erb prétend que chez les tabétiques dont les pupilles ne réagissent plus à la lumière, les excitations cutanées même les plus vives, comme le pinceau faradique, sont également impuissantes à produire, la dilatation.

d'hui un fait acquis; elle a été mise en lumière dernièrement dans l'ataxie et la sclérose en plaques par un ophthalmologiste français des plus distingués, le docteur Parinaud (1).

Mais revenons à notre sujet. Dans un travail plus récent le professeur Bianchi (2), de Naples, qui s'est livré à des recherches très minutieuses sur l'état des reflexes chez les paralytiques généraux, prétend que l'exagération et la diminution des reflexes serait beaucoup plus fréquente chez cette catégorie de malades que dans les conditions normales et physiologiques. Il prétend même que l'exagération des reflexes tendineux peut être un bon élément de diagnostic, au début de la maladie, dans les cas où le délire ambitieux ne s'accompagne pas encore de troubles de la parole. D'après lui l'exagération des reflexes serait le cas le plus fréquent dans les formes dites expansives, avec idées de grandeur. Mickle n'aurait pas trouvé, sous ce rapport, de différences bien prononcées, mais il est vrai aussi qu'un certain nombre d'auteurs tendent à établir une sorte de concordance entre la forme du délire et l'état des reflexes (3). Aux formes expansives correspondrait plutôt l'exaltation et aux formes dépressives ou mélancoliques l'abolition ou tout au moins la diminution des reflexes tendineux. On a recherché trop souvent ce lien mystérieux qui rattacherait à certaines idées délirantes un certain nombre de signes physiques et c'est ainsi qu'on a même prétendu à un moment donné qu'au rétrécissement de la pupille droite correspondrait le délire mélancolique et l'excitation maniaque à celui de la pupille gauche; mais cette

(1) Troubles oculaires de la sclérose en plaques. *Progrès médical* août, 1884, n° 32.

(2) Il riflesso tendinei, e spécialmente il fenomeno del ginocchio dol particolare punto di vista della una semiologia e patologia nelle paralisi progressiva degli alienati.

(3) I riflessi tendinei negli alienati. *Arch. ital. per le malatti nervose.* 1880, fasc. VI.

idée d'Austin combattue dans les travaux de Nace et Marcé, en particulier, ne jouit plus d'aucune faveur auprès des aliénistes. Pour ce qui est des reflexes tendineux il paraît que ce rapport existe en réalité; chez les maniaques on trouverait plus souvent l'exagération des reflexes que chez les aliénés déprimés, même indépendamment d'une lésion nerveuse se traduisant au dehors par d'autres signes physiques. Ne pouvons-nous, chez une hystérique hypnotique essayer expérimentalement toute la gamme des reflexes, depuis l'état léthargique où ils sont exagérés jusqu'à l'état cataleptique où ils font complètement défaut ?

Ayant eu la bonne fortune de faire quelques mois d'internat, dans la clinique des maladies mentales, j'ai pu examiner un grand nombre de paralytiques généraux et voici très sommairement le résultat de mes observations.

Mes recherches ont porté sur 68 malades. Sur 43 sujets j'ai constaté une exagération très manifeste des reflexes rotuliens et sur 2 de ces malades on pouvait même provoquer le phénomène de la trépidation spinale. Onze fois seulement le reflexe rotulien était aboli, mais 2 de ces malades étaient en même temps des ataxiques avérés, chez lesquels la maladie semble avoir débuté par des symptômes médullaires. Sur lesautres malades le reflexe était à peu près normal. Au point de vue du délire j'ai pu constater que les formes dites expansives étaient de beaucoup plus fréquentes dans les cas d'exagération des reflexes.

Mais, tout en constatant cette fréquence relative de l'exagération des reflexes tendineux chez les paralytiques généraux, j'ai pu observer aussi un bon nombre de fois, chez ces mêmes malades, une abolition complète des reflexes cutanés et spécialement du reflexe plantaire.

Ce fait m'a semblé particulièrement intéressant et, mon attention ayant été attirée de ce côté, je me suis mis à rechercher dans quelles conditions le fait se produisait et quelle pouvait être en même temps son importance, au point de vue du diagnostic et de l'évolution de la maladie.

Sur les 68 malades que j'ai examinés, j'ai constaté 22 fois une abolition complète du reflexe plantaire. Ces cas se partageaient de la façon suivante : chez 16 malades, le reflexe plantaire étant aboli, le reflexe rotulien était manifestement exagéré. Sur quatre autres malades le reflexe plantaire était aboli et le rotulien normal. Deux fois seulement il y avait absence des deux reflexes.

On remarquera tout de suite que les cas d'exagération du reflexe rotulien avec abolition du reflexe plantaire sont les cas les plus nombreux et je ne parle pas, bien entendu, des cas beaucoup moins nets où le reflexe plantaire était à peine diminué.

J'ajouterai maintenant que quatre des malades du premier groupe (rotulien exagéré et plantaire aboli) appartenaient à la consultation externe et étaient tout à fait au début de leur maladie. Chez eux les troubles psychiques étaient pour ainsi dire les seuls en évidence sur la scène pathologique. Sept autres de ces malades ont été examinés au moment même de leur entrée dans le service de la clinique. Il n'y a en somme que les cinq derniers qui étaient déjà depuis quelque temps dans le service et à une période assez avancée de la maladie.

Quelle est maintenant, au point de vue particulier qui nous occupe, c'est-à-dire dans les cas de paralysie générale progressive, l'importance clinique de cet ensemble de faits que je viens de signaler ?

Il y a déjà quelque temps qu'un certain nombre d'auteurs, Rosenbach et Moeli notamment, avaient indiqué comme symptôme d'une lésion des hémisphères la perte

des reflexes cutanés. Byron Bramwell considère également l'exagération des reflexes tendineux et la perte ou la diminution des reflexes superficiels comme un signe caractéristique de lésion cérébrale. Voici ce qu'il nous dit à ce propos (1) : « L'exagération des reflexes est, dans la grande majorité des cas, due à une lésion des cordons latéraux et accompagne la dégénération secondaire descendante. Elle peut, toutefois, être le résultat d'une excitabilité trop grande de la substance grise ; mais il faut se rappeler que les lésions des cordons latéraux produisent d'ordinaire l'exagération des deux espèces de reflexes profonds et superficiels ; dans les lésions cérébrales, au contraire, si les reflexes profonds sont exagérés, il y a perte ou diminution des reflexes superficiels. »

Il ne serait donc pas absolument indispensable pour qu'il y ait une exagération des reflexes tendineux qu'il y ait en même temps une lésion plus ou moins étendue du faisceau pyramidal dans son trajet médullaire, et dans le cas particulier de paralysie générale, Bianchi pense avec Lacher que l'exagération des reflexes tendineux peut se trouver sous la dépendance exclusive d'une lésion cérébrale, sans propagation au tissu de la moelle. Bianchi, qui a eu la bonne fortune de pratiquer l'autopsie d'un paralytique général chez lequel la maladie a évolué très rapidement, sans troubles de la parole et avec une exagération très prononcée du reflexe rotulien, n'a trouvé que les lésions de la méningo-encéphalite, l'examen microscopique ayant été tout à fait négatif pour ce qui est des cordons latéraux.

D'après ce qui vient d'être dit on conçoit sans difficulté toute l'importance que peut avoir, au point de vue, du diagnostic, l'exagération des reflexes tendineux dans

(1) Byron Bramwel Maladies de la moelle épinière Trad. Franc, 1883 pag. 132.

certains cas de paralysie générale au début, où il n'y a pour ainsi dire encore que des troubles purement psychiques, sans embarras de la parole.

Certains observateurs avaient déjà indiqué l'exagération des reflexes tendineux comme un symptôme du début de la paralysie générale progressive, mais ils n'ont pas insisté assez sur l'état des reflexes cutanés à cette période de la maladie.

Et pourtant si on venait à constater qu'il y a toujours au début de la paralysie générale, dans les formes qu'on pourrait appeler cérébrales, avec l'exagération des reflexes tendineux perte ou diminution des reflexes cutanés, il me semble qu'on réduirait considérablement les difficultés du diagnostic.

Les faits que j'ai constaté me portent à croire qu'il en est ainsi. Dans les cas de paralysie générale au début qu'il m'a été donné d'observer et où il n'y avait pas de symptômes caractéristiques d'une lésion médullaire, j'ai constaté toujours avec l'exagération du reflexe rotulien une abolition complète du reflexe cutané plantaire.

Ces cas, il est vrai, ne sont pas assez nombreux ; mais les recherches ultérieures qu'on entreprendrait dans ce sens viendraient peut-être confirmer l'hypothèse que je formule et qui n'est que le résultat de mes observations personnelles. Ce n'est qu'en accumulant observations sur observations qu'on pourra arriver un jour à un résultat positif; et le problème, je le crois, vaut la peine d'être étudié.

On a constaté souvent au début de la paralysie générale une période d'excitation morbide, de vraie dynamie fonctionnelle (Ball, Regis) dans laquelle les malades présentent non seulement une exagération remarquable des forces musculaires, mais aussi une stimulation des facultés intellectuelles qui semble par moments les rendre plus intelligents et plus brillants qu'ils ne

l'avaient jamais été (1). C'est qu'à cette période le travail pathologique commence à peine à s'effectuer. C'est l'irritation du début qui, à elle seule, fait à ce moment tous les frais de la maladie et à laquelle succèderont bientôt d'autres lésions plus graves et plus profondes. La maladie suivra son cours.

Mais c'est cette espèce de prurit inflammatoire, cette irritation initiale, qui produit quelques fois une vraie augmentation de puissance cérébrale, qui, retentissant au loin sur les cellules motrices de la moelle épinière, pourra nous donner aussi une exagération manifeste des reflexes tendineux et un certain degré de suractivité musculaire. Mais pour ce qui est de la sensibilité, dans laquelle le cerveau joue un rôle purement passif, il y a tout lieu de croire qu'il se passe alors quelque chose d'analogue aux phénomènes d'*interférence,* qui empêcherait non seulement les reflexes superficiels de se produire, mais qui donnerait aussi comme résultat les anesthésies cutanées qu'on a souvent constatées au début de la maladie (de Cronaut, Marcé, Rendu, etc) : *Dynamogenie* dans un cas, *inhibition* dans l'autre, mais reconnaissant tous les deux la même cause efficiente.

Que le processus pathologique évolué, qu'à la simple irritation du début succèdent les lésions destructives d'une période plus avancée et nous aurons, avec tout le complexus symptomatique de la paralysie générale, l'exagération des deux reflexes, tendineux et cutanés, la moelle étant pour ainsi dire isolée et ne subissant plus l'influence modératrice des centres cérébraux. Et c'est là en effet ce qu'on observe à la période d'état de la paralysie générale.

Je crois donc qu'au début de la maladie l'exagération des reflexes tendineux et particulièrement du reflexe

(1) B. Ball. Leçons sur les maladies mentales, pag. 706.

rotulien et la perte ou diminution du reflexe plantaire peut être très souvent un bon élément de diagnostic.

Je ne parle pas, bien entendu, des formes dites spinales, ni des formes cérébro-spinales dans lesquelles moëlle et cerveau sont atteints simultanément.

ARCHIVES CLINIQUES

ESSAI DE LOCALISATION D'UNE CÉCITÉ

ACCOMPAGNÉE D'HÉMICHORÉE

Par H. HALLOPEAU
Agrégé à la Faculté, Médecin de l'hopital St-Louis

La perte complète de la vue n'est produite qu'exceptionnellement par une lésion limitée de l'encéphale, et il peut être difficile d'en déterminer en pareil cas la condition prochaine. L'histoire d'un malade que nous avons observé en ville avec le M. le professeur Potain et avec M. Séchayron, interne des hôpitaux et chez lequel l'évolution des accidents et les phénomènes concomitants ont permis, croyons-nous, de reconnaître quelle a été très vraisemblablement le siège de l'altération, nous paraît à cet égard digne d'intérêt ; nous espérons qu'elle pourra servir, malgré l'absence de contrôle anatomique, à l'étude des localisations cérébrales ; elle peut être résumée ainsi qu'il suit :

M. X..., âgé de 83 ans, est atteint depuis longtemps d'un rétrécissement de l'orifice aortique qui a été jusqu'à ces derniers temps compatible avec un état de santé relativement satisfaisant. Nous avons noté depuis quelques semaines des râles

sonores et sous-crépitants à la base des deux poumons, une dyspnée modérée et un léger œdème des extrémités; le pouls est régulier; il n'y a ni albumine ni sucre dans les urines; l'examen du cœur dénote une augmentation notable du volume de cet organe, sa pointe est abaissée et déviée vers la gauche, on entend dans la région de la base un bruit de souffle systolique intense. La santé générale est bonne; M. X... est d'une constitution vigoureuse. Le 25 décembre il est pris d'une dyspnée intense; les râles sonores et sous-crépitants sont plus nombreux; il n'y a pas de fièvre: des ventouses sèches sont appliquées trois jours de suite, matin et soir, sur les parois du thorax; le malade prend un demi-milligramme de digitaline cristallisée; son état s'améliore rapidement et le 1er janvier au matin il semble revenu à son état habituel.

C'est ce jour même qu'éclatent soudainement les troubles sur lesquels nous désirons appeler l'attention. A 10 heures 1/2, M. X..., appelle à lui; il accuse un trouble profond de la vision, il ne distingue plus aucun objet, il ne voit plus la lumière du jour; la cécité, survenue soudainement, est complète, absolue; il n'y a pas eu de perte de connaissance ni même d'étourdissement; le malade accuse seulement une céphalalgie intense. Quand nous arrivons près de lui, une demi-heure plus tard, nous constatons qu'il n'y a nulle part de parésie et que la sensibilité générale est intacte. Les mouvements des yeux s'exécutent normalement; les pupilles, un peu dilatées, ne réagissent pas.

Dès ce moment, les membres du côté gauche sont le siège d'une agitation presque incessante très analogue à celle de la chorée; les doigts, la main, l'avant-bras sont portés alternativement et comme machinalement dans l'extension et dans la flexion; des mouvements analogues se produisent dans la cuisse, la jambe et le pied; il n'y a pas de contractions anormales de la face, mais la tête se porte souvent, avec une certaine violence, de droite à gauche, comme entraînée par un mouvement de rotation auquel participent la partie supérieure du tronc et le membre supérieur droit.

Il n'y a pas d'autre trouble de l'innervation.

Il existe une dyspnée notable et l'on entend des râles sonores et sous-crépitants à la base des deux poumons; les battements du cœur sont réguliers, et non accélérés.

Nous prescrivons 1 gramme de caféine.

L'état du malade ne se modifie pas sensiblement dans le courant de la journée; vers 5 heures il dit apercevoir la lueur d'une lampe qu'on lui passe devant les yeux, mais ce n'est que passagèrement, car, peu d'instants après, la même manœuvre ne réveille plus la même sensation; le malade reconnaît que l'on

approche un objet chaud de son visage, mais il n'en reçoit aucune impression visuelle, la cécité reste absolue.

Le 2, l'état du malade ne s'est pas sensiblement modifié; on observe les mêmes mouvements d'agitation machinale dans les membres du côté gauche et de rotation de la tête.

A 6 heures, il se produit un violent accès de dyspnée, que calme bientôt une inhalation d'oxygène. Dans la soirée, la cécité cesse d'être complète; le malade perçoit une lueur quand on passe une lampe au-devant de ses yeux.

Pendant la nuit, M. Séchayron constate la persistance de l'agitation. Le malade éprouve le besoin de changer de place; aidé de deux personnes, il peut faire quelques pas, mais ses membres sont le siège, surtout du côté gauche, de mouvements brusques et désordonnés d'une grande amplitude. Quand le malade est au repos, sa main gauche se meut et se déplace incessamment. Ces mouvements ne sont nullement influencés par la gêne respiratoire; on les observe alors même que la dyspnée vient d'être calmée par une inhalation d'oxygène.

Vers 5 heures du matin, M. Séchayron, reconnait que le malade distingue le rouge et le bleu.

Dans la journée du 3, les mouvements choréiformes continuent à se produire avec la même intensité, mais une amélioration notable s'est produite du côté de la vue; le malade reconnaît actuellement les personnes qui l'entourent, il est loin cependant de les voir nettement; tous les objets lui semblent entourés d'un nuage; les pupilles se contractent maintenant sous l'influence des impressions lumineuses.

Le trouble de la vue est le même dans les deux yeux; il présente les mêmes caractères lorsque l'on invite le malade à porter ses regards en haut ou en bas, à droite ou à gauche.

Les accès de dyspnée sont moins fréquents et moins pénibles, les inhalations d'oxygène les calment très promptement.

Le 4, le trouble de la vue continue à diminuer; il en de même de l'agitation choréiforme; les mouvements oscillants des membres gauches se produisent beaucoup plus rarement. L'examen du fond de l'œil, pratiqué avec le concours de M. Séchayron, n'y révèle pas de lésions appréciables. L'amélioration s'accentue les jours suivants; les désordres locomoteurs disparaissent bientôt complètement; il persiste seulement un léger trouble de la vision.

Le 30 janvier le malade reconnaît tous les objets qu'on lui présente, néanmoins il ne peut encore distinguer les caractères d'imprimerie.

Le 17 février, l'état du malade est à peu près le même; lorsque l'on pratique successivement l'occlusion des deux yeux, M. X... assure que la vision est moins nette du côté droit;

néanmoins il compte facilement avec l'œil droit les doigts qu'on lui présente et il distingue avec chacun des yeux les très gros caractères d'imprimerie.

En résumé, M. X... a été atteint soudainement d'une cécité complète en même temps que d'une agitation choréiforme dans une moitié du corps et de mouvements de rotation. Ces accidents, après avoir persisté avec intensité pendant plusieurs jours, se sont peu à peu dissipés et il ne reste actuellement qu'une légère obnubilation de la vue. Si nous cherchons quelle a pu en être la cause prochaine, nous arrivons tout d'abord à en localiser le siège dans l'encéphale, car, dans tous les cas d'hémi-chorée où l'on a pu pratiquer l'examen nécroscopique, on a trouvé des lésions cérébrales, et, d'une autre part, l'apparition brusque de la cécité complète ne pourrait guère s'expliquer par une altération des yeux ou des nerfs optiques. Faut-il, en effet, discuter l'hypothèse d'une hémorrhagie dans la rétine ou le corps vitré ? Nous ne le pensons pas, car non seulement on ne peut guère admettre la possibilité d'une pareille altération, survenant simultanément dans les deux yeux, mais la marche des accidents n'a pas été celle que l'on observerait en pareil cas; les foyers sanguins, au moment de leur régression, donnent lieu à des troubles limités du champ visuel et non à une obnubilation générale, et partout identique de la vision; une pareille lésion aurait d'ailleurs été facilement constatée par l'examen ophthalmoscopique. On pourrait peut-être penser plutôt à des embolies dans les artères centrales des deux rétines; mais cette double localisation ne se comprendrait que si la pénétration dans la circulation artérielle d'une quantité notable de particules solides avait donné lieu à des embolies multiples, et l'on aurait alors observé des phénomènes beaucoup plus complexes, particulièrement un ictus apoplectique, des parésies et

des signes d'infarctus viscéraux : rien de semblable chez notre malade, les troubles fonctionnels ont été fort restreints.

Un foyer hémorrhagique ou une tumeur pourraient comprimer le chiasma, mais ils n'expliqueraient nullement l'hémi-chorée, et d'autre part ils donneraient lieu à une hémiopie temporale ou nasale plutôt qu'à une cécité complète.

L'hypothése de lésions symétriques des deux bandelettes est de même tout à fait invraisemblable.

Il est au contraire une partie de l'encéphale dont l'altération peut expliquer les troubles de la vision et aussi, croyons-nous, ceux de la motilité : nous voulons parler des tubercules quadrijumeaux que l'on considère, à juste titre, comme les noyaux d'origine des nerfs optiques.

Flourens (1) a démontré, par ses vivisections, que la destruction de ces tubercules produit la cécité et la clinique a confirmé à cet égard les données de l'expérimentation. Pidoux a fait connaître, en 1871, un fait dans lequel une cécité complète avait été provoquée par une compression des tubercules quadrijumeaux. Duffin, Lebert et Jobert (de Lamballe) (2) ont publié des observations analogues.

La cécité qui s'est produite chez notre malade peut donc être attribuée à une lésion des tubercules quadrijumeaux. En est-il de même de l'agitation hémi-choréique avec tendance à la rotation ? M. Raymond (3), dans son étude sur l'hémi-chorée symptomatique, la rapporte à une lésion de l'ensemble du faisceau qui, dans le

(1) Flourens, *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux*, 2me édit., Paris, 1842, J.-B. Baillière.

(2) A. Robin, Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale, Paris, 1880.

(3) Raymond, Études sur l'hémi-chorée, l'hémi-anesthésie et les tremblements symptomatiques, Paris, 1874.

pied de la couronne rayonnante, se trouve en avant et en dehors des fibres sensitives et se compose des masses blanches en rapport avec la partie postérieure de la couche optique; M. Vulpian la localise dans la partie postérieure et interne de la couche optique et M. G. Morin (1) a publié récemment une observation très démonstrative à cet égard; mais il n'est pas démontré que d'autres parties de l'encéphale ne puissent donner lieu au même trouble fonctionnel. Bien que les tubercules quadrijumeaux paraissent être avant tout des organes de sensibilité, un certain nombre de faits montrent que leurs altérations peuvent donner lieu à des troubles de la motilité. C'est ainsi que Serres(2) a trouvé dans quatre cas de chorée chronique des lésions des tubercules quadrijumeaux. Dans trois des observations d'hémi-chorée que rapporte M. Raymond dans sa thèse, il y avait des lésions de ces mêmes parties, en même temps que de la capsule interne. En 1877, M. Kohts(3) a constaté l'existence d'une tumeur du volume d'une cerise occupant exactement les tubercules quadrijumeaux chez une enfant qui avait eu pendant longtemps une démarche incertaine et oscillante, rappelant celle d'un homme ivre.

Plusieurs physiologistes ont provoqué des troubles analogues par la lésion expérimentale de ces mêmes parties de l'encéphale: Serres l'a vue produire pendant six jours des mouvements spasmodiques dans les pattes; Rolando conclut d'expériences répétées sur divers animaux que la déchirure des tubercules quadrijumeaux donne lieu à des phénomènes d'irrégularité motrice qui rappellent l'ivresse; M. Mathias Duval (4) a vu leur exci-

(1) G. Morin. *Bulletins de la Société anatomique*, mai 1883.

(2) Serres. Anatomie comparée du cerveau, T. II, pages 717 et 649.

(3) Kohts. Zur Lehre von der fonctionem der corpora quadrijemina. Arch. fur path. Anat. and Physiol. LXVII.

(4) Mathias Duval. Article *Nerfs* du *nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, J.-B. Baillières.

tation provoquer des mouvements des membres et du tronc. Pour Kohts, il résulte d'expériences faites sur les grenouilles, les pigeons et les chiens que les centres nécessaires à la conservation de l'équilibre sont situés dans les tubercules quadrijumeaux et dans les lobes optiques qui les représentent chez les oiseaux et les batraciens; il considère les tubercules postérieurs comme des centres de coordination. On observe enfin des mouvements de rotation à la suite de la lésion unilatérale de ces organes (1). Il faut, il est vrai, tenir compte, dans ces faits, de la lésion des parties sous-jacentes, et nous ne pouvons décider si les lésions des tubercules quadrijumeaux produisent par elles-mêmes ou par l'intermédiaire des faisceaux moteurs qui passent au-dessous d'eux, les désordres en question. Mais quoi qu'il en soit, il nous paraît bien établi qu'une altération de ces organes peut donner lieu à des phénomènes d'excitation motrice en même temps qu'à des troubles de la vision et par conséquent rendre compte des phénomènes observés chez notre malade.

On pourrait, il est vrai, supposer, pour expliquer l'hémichorée, une lésion de la capsule interne ou de la couche optique; il faudrait alors en admettre une autre dans les tubercules quadrijumeaux pour expliquer la cécité. Cette interprétation ne peut être rejetée d'une manière absolue. Il est possible que plusieurs artères aient été simultanément obstruées par des embolies; il est possible également que l'artère postérieure et externe de la couche optique naquit de la cérébrale postérieure par un tronc commun avec l'artère antérieure des tubercules, mais une lésion unique des tubercules, qui suffit à rendre compte de tous les phénomènes observés, n'est-elle pas beaucoup plus vraisemblable?

(1) Vulpian. *Leçons sur la physiologie du système nerveux*. Paris, 1866, p. 582.

Relativement à la nature de la lésion, on ne peut hésiter qu'entre une hémorrhagie ou un infarctus. L'atténuation rapide et progressive des accidents suffit en effet à éloigner l'idée d'une tumeur que la soudaineté du début n'aurait pas permis d'exclure en toute certitude.

L'existence d'une affection cardiaque bien nettement caractérisée permet d'admettre avec beaucoup de vraisemblance qu'il s'agit d'une embolie ; les tubercules quadrijumeaux reçoivent dans chaque moitié de l'encéphale trois branches artérielles, une antérieure, une moyenne et une postérieure ; ces branches s'anastomosent avec leurs jumelles (1). L'oblitération de l'une d'entre elles suffit à expliquer les accidents. L'hémichorée et les mouvements de rotation indiquent une lésion unilatérale que l'on peut localiser à droite puisque l'agitation occupait les membres du côté gauche et que l'action sur la motilité des centres situés plus haut que le bulbe est croisée. Pour ce qui est de la cécité, on conçoit facilement que la perturbation produite par le trouble soudain de la circulation dans l'un des tubercules quadrijumeaux ait retenti sur l'autre et en ait paralysé momentanément les fonctions. L'atténuation rapide des troubles morbides a montré en effet qu'il pouvaient être considérés surtout comme des phénomènes d'*inhibition*; il n'y a pas eu de destruction des centres sensitifs, puisqu'au bout de 48 heures la vision commençait à se rétablir et qu'elle n'est plus actuellement que légèrement troublée.

En résumé, nous croyons pouvoir rapporter avec une grande vraisemblance les désordres qui se sont produits chez M. X..., à *une embolie dans une des artères qui se distribuent aux tubercules quadrijumeaux du côté droit et*

(1) Duret. Recherches anatomiques sur la circulation de l'encéphale. *Arch. de physiol. norm. et path.*, 1874.

plus probablement dans l'une des branches antérieures, car ce sont surtout les *nates* dont l'influence sur la vision est bien établie. Nous invoquerons en terminant, à l'appui de notre interprétation, la loi formulée par le professeur Nothnagel (1) : « *Si dans une amaurose survenue d'une manière brusque (avec défaut de réaction des pupilles), il y a d'autres symptômes d'un foyer encéphalique, et si en même temps l'examen ophthalmoscopique est négatif, on doit admettre une altération des tubercules quadrijumeaux antérieurs* (1). »

ÉPILEPSIE CONSÉCUTIVE A UNE FRAYEUR VIVE

INSUCCÈS DU BROMURE DE POTASSIUM

GUÉRISON PAR LE TRAITEMENT DE M. LE P[r] BALL

Par M. Maurice FUSIER

Interne à l'Asile d'aliénés de Bassens

L'influence d'une frayeur vive comme cause déterminante de l'épilepsie chez un sujet prédisposé par ses antécédents héréditaires, un tempérament mélancolique, une constitution scrofuleuse et affaiblie (2), a été reconnue depuis longtemps, je pourrais même dire ; de tout temps, admise. Plus rares sont de beaucoup les exemples d'épilepsie bien caractérisée produite par la même cause chez un individu sain, exempt de toute maladie nerveuse et non entaché d'hérédité ; ils sont loin cependant de faire défaut et il y a quelques mois seulement M. Nicaise

(1) Nothnagel. Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten. Berlin, 1879.
(2) Esquirol : *Maladies mentales*, tome I, p. 146.

en citait un des plus frappants à la fois et des plus authentiques (1).

Les conséquences des crises, leur retentissement fatal sur l'état intellectuel et mental sont choses également reconnues aujourd'hui et avouées de tous ceux qui pratiquent ces désespérants malades (2). A ce point de vue, rien d'anormal par conséquent dans le cas suivant.

M..., Félicité, âgé de 12 ans entré à l'asile de Bassens le 10 Mai 1883.

Extrait du Certificat de quinzaine : « Diagnostic : folie épileptique. — Une grande frayeur éprouvée à la suite d'un accident de voiture est la cause de l'épilepsie qui s'est manifestée chez cette enfant dès l'âge de 5 ans. Elle a maintenant 12 ans. Les accès d'épilepsie augmentant de fréquence avec l'âge ont amené des troubles intellectuels très marqués avec affaiblissement de toutes les facultés mentales. Il y a aussi chez elle perversion des sentiments et impulsion aux actes les plus dangereux, au vol, à l'incendie... Guérison plus qu'incertaine. »

Pour compléter rapidement son histoire, j'ajouterai que notre nouvelle pensionnaire, sans être toutefois marquée au coin de la misère physiologique, est d'une taille peu élevée pour son âge, d'une constitution plutôt chétive et porte des traces indéniables de scrofule. Embarras assez prononcé de la parole. Un peu de surdité. Le regard a quelque chose de louche, les yeux sont vacillants. les pupilles dilatées. — Constamment en mouvement, la malade cherche à grimper sur les murs ou les arbres de la cour et ne les abandonne que pour se livrer à toutes sortes de taquineries et de provocations envers ses compagnes. Insupportable pendant le jour, on est obligé de l'isoler la nuit. — 2 à 3 crises en moyenne dans les 24 heures, fréquence plus grande pendant la nuit. Ces crises sont intenses, précédées de douleur vive au creux épigastrique, de fourmillements dans les bras et de bourdonnements d'oreilles. Ivresse épileptique durant à peu près une demi-heure, marquée assez souvent par de la cleptomanie. Pleurs fréquents et sans motif, Coquetterie exagérée ; besoin impérieux d'attirer l'attention... Il ne me paraitrait pas très difficile, en insistant quelque peu sur cette esquisse, de trouver ici cette forme particulière d'accès avec symptômes

(1) Société de Chirurgie. Séance du 5 déc. 83.
(2) Aug. Voisin. *Dict. de Méd. et de Chirurgie pratiques*, du Dr Jaccoud, Paris, 1879, art. *Épilepsie*. t. XIII.

épileptiques et hystériques enchevêtrés, décrite par M. Landouzy.

Le traitement par le bromure de potassium est institué dès les premiers jours et continué durant cinq mois consécutifs. En même temps l'état scrofuleux est combattu par une médication appropriée. On administre deux fois des potions vermifuges. Hydrothérapie. Surveillance spéciale. Egards exceptionnels.

L'Amélioration, assez sensible au début, porte surtout sur le nombre des crises et leur intensité (au bout d'un mois 1/2, un accès par jour seulement, quelquefois un tous les deux jours et moins violent). Le caractère est resté le même à peu de chose près. Signalons en passant une poussée bromique assez violente et quelques troubles gastriques.

Dans le courant de Septembre, les crises, que des doses relativement élevées de bromure deviennent de plus en plus impuissantes à conjurer, reprennent leur violence première et se multiplient : Les purgatifs et les émissions sanguines locales n'ont qu'un effet passager et presque illusoire. L'état mental s'aggrave : farouche, agressive, irrésistiblement portée aux actes les plus pervers. la petite malade est inabordable.

Cependant les crises augmentent et dans une proportion telle que nous sommes pendant deux jours en présence d'un état voisin du mal épileptique (11 et 12 octobre). L'agitation désespérée intermédiaire aux accès rend toute médication impossible et, après des tentatives aussi variées qu'infructueuses, force nous est de renoncer à la lutte...

13 et 14 octobre : Aucune amélioration ; accès subintrants. Etat des plus graves.

15, 16, 17, 18... Félicité M... se relève et se rétablit lentement. Mais sans que le moindre espoir semble pouvoir se greffer désormais sur cette amélioration chancelante : les crises demeurent plus fréquentes (4 à 5 par jour), le caractère devient détestable, l'intelligence va s'affaissant de plus en plus...

Le 5 Novembre, sur mes instances réitérées, le traitement de M. le professeur Ball est commencé (2 pilules, 4 cuillerées), à l'exception de la tisane de valériane par trop antipathique à la malade et que l'on doit remplacer, durant les premières semaines par de l'eau framboisée.

Je n'insisterai pas sur le résultat presque immédiat, résultat si satisfaisant qu'on ne voulut y voir tout d'abord qu'une heureuse coïncidence ; confiant dans une méthode dont j'avais si souvent constaté les effets, je laissais au temps et au sel double le soin de répondre aux sourires des incrédules.

La médication du trépied est poursuivie aussi régulièrement que possible pendant les mois de Décembre 1883, Janvier, Février, Mars et Avril 1884. Jamais la dose de sel double ne dépassa 6 cuil. et les pilules ne furent portées au nombre de 3 que pendant 8 jours : — les crises, de plus en plus éloignées pendant le premier mois de traitement, ne se chiffraient que par 4 en Décembre ; — 1 de très faible intensité et quelques vertiges en Janvier; — à partir de février, plus un seul accès ! — Quelques rares vertiges seulement au commencement de Mars, recrudescence insignifiante coïncidant avec une poussée scrofuleuse et le refus momentané de tout médicament. Pas d'acné. Pas de troubles gastriques. Amélioration frappante du caractère. La malade sort le 17 Avril.

Elle a pû être suivie depuis sa sortie : quelques vertiges seulement s'étaient manifestés à la suite du changement brusque du régime et de la suppression absolue du traitement ; la famille, avertie, promet d'ailleurs de le reprendre et de le faire suivre scrupuleusement.

Je ne désire point forcer les convictions et j'espère moins encore changer les sceptiques en chauvins scientifiques. Ma modeste et (je crois) bien légitime ambition se borne à attirer une fois de plus l'attention sur une méthode aujourd'hui consacrée par plusieurs années de succès non interrompus.

VARIÉTÉS

DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE

ORIGINE, ÉTIOLOGIE, TRAITEMENT

Par M. le Professeur G. SÉE (1)

Microbes de la suppuration et de la gangrène en général

I. *Des bactéries spéciales.* — L'existence des bactéries de la suppuration et de la gangrène dans les affections chirurgicales a été démontrée avec un luxe de détails et des descriptions d'une rare précision, par Ogston (*Brit.* 1881) et récemment par Rosenbach (*Micro-organismes*, 1884). Dans les suppurations périphériques, même dans les empyèmes (cinq observations) ce sont tantôt des microbes en chaînette, qu'ils appellent streptococcus, ou bien en grappe, qu'ils désignent sous le nom de staphylococcus. Dans les affections septiques, les agents animés (Pasteur, Koch, Doléris) ne sont pas les seules causes productrices de la septicémie; il faut compter aussi avec les liquides septiques (Panum) contenant des ferments inanimés, des ptomaïnes (ptomaïnémie), l'ammoniaque, l'hydrogène sulfuré (Rosenbach) ; tous ces microbes, tous ces ferments ont la propriété de *fondre* les tissus et de les faire suppurer ; ils sont pyogènes.

(1) Il importe au médecin aliéniste qui a souvent l'occasion d'observer des faits de gangrène pulmonaire, de savoir quels sont les micro-organismes de la fonte gangréneuse, et s'agit-t-il de bactéries spéciales ou communes ? Nous empruntons les pages qu'on va lire à l'ouvrage de M. Sée, sur les maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon.

Dans d'autres cas, on trouve des micro-organismes fermentigènes et produisant l'intoxication putride. König cite deux cas ; — Ogston désigne ces microbes sous le nom de saprogène ; — Rosenbach est parvenu à les cultiver, à les inoculer, et à produire une véritable gangrène.

II. *Microbes de la gangrène pulmonaire.* — Jusqu'ici on s'était contenté d'invoquer l'intervention du leptothrix pulmonalis (Leyden) ou des monas, qu'on retrouve en effet constamment dans les crachats ; ils sont les témoins irrécusables de toute gangrène, c'est-à-dire de toute fermentation putride ; la question est de savoir si ce sont les seuls fauteurs de la fermentation, ou bien s'il ne faut pas attribuer un rôle prédominant aux microbes pyogènes et septogènes en général, et si, d'une autre part, les alcaloïdes de la désintégration organique, les ptomaïnes entre autres, en doivent être entièrement désintéressés. Quelle que soit la solution de ce problème de détail, il n'en reste pas moins un fait aujourd'hui acquis à la science : c'est l'origine *vivante des* ferments de la putréfaction et de la gangrène ; la vérification clinique ne se fera pas attendre

Immigration de corps étrangers fermentifères des organes voisins dans les poumons

I. *Introduction involontaire de parcelles alimentaires dans les bronches.* — Des parcelles alimentaires, avalées de travers ou d'une manière inconsciente, peuvent pénétrer dans le larynx, et gagner les bronchioles pulmonaires en y apportant les ferments de destruction ; c'est une des causes les plus fréquentes de la gangrène pulmonaire.

Conditions individuelles, physiologiques de la déglutition erronée. — On s'explique facilement, par cette immigration involontaire de fragments en putréfaction ou en digestion, comment tous les observateurs ont

noté de tout temps la fréquence de la maladie chez les enfants en bas âge ou débiles, chez les vieillards arrivés à une sorte de parésie musculaire, en général chez tous les individus affaiblis, particulièrement ceux qui sont atteints dans le système nerveux central.

Conditions individuelles morbides. — Il y a longtemps que Guislain a été frappé de la fréquence de la mort des *aliénés* par la gangrène pulmonaire ; tous les aliénistes ont reconnu la vérité de ce fait, qui s'explique aisément par l'alimentation forcée, par le sondage qu'on leur inflige, et par les difficultés de la déglutition qu'ils subissent eux-mêmes.

Les paralysés bulbaires, par suite de la paralysie des nerfs glossopharyngiens et hypoglosses, meurent par inanition, ou bien par gangrène pulmonaire ; ils ne peuvent plus rien prendre, ou bien les aliments s'égarent dans le larynx et pénètrent dans les bronchioles alvéolaires, dont ils déterminent le sphacèle, parce qu'ils trouvent dans le poumon toutes les conditions favorables de chaleur et d'humidité pour se putréfier.

Misère physiologique ? — D'une manière plus générale et plus vague, on a invoqué, comme causes de la gangrène, les débilitations résultant de ce qu'on a appelé la misère physiologique. En 1844 Mosing a décrit une épidémie de gangrènes pulmonaires qui frappa tous les prisonniers d'un pénitencier très misérable ; cette épidémie a été mise en doute, et l'auteur n'a fourni aucune preuve à l'appui de sa donnée : s'agissait-il d'une pneumonie infectieuse, comme il en règne souvent dans les agglomérations malsaines, et qui se caractérisent par des phénomènes appelés putrides. Ce qui est certain, c'est que le poumon se gangrène manifestement à la suite du contact avec des fragments d'aliments en voie de digestion.

II. *Translation de fragments gangreneux par voie de continuité.* — Voici une série d'agents de putréfaction qui arrivent directement aux poumons ; il s'agit de fragments gangreneux, venant de la bouche ou du pharynx, et contenant eux-mêmes la bactérie putride. Chez les enfants, atteints de *noma*, la mort a lieu très souvent par la gangrène du poumon ; il en est de même lorsque le sphacèle occupe le pharynx, ou bien encore lorsque, à la suite des opérations pratiquées dans la cavité bucco-pharyngienne, il s'y établit une suppuration. Or que se passe-t-il dans ce cas ? Pour résoudre le problème de cette multiplication des gangrènes, on avait imaginé une diathèse gangreneuse ; c'est un mot familier à la philosophie médicale ; la réalité est plus simple : il s'agit en effet et uniquement de bactéries, de leptothrix de la bouche ou de l'arrière-bouche, qui se dégagent des parties sphacélées, et pénètrent dans les poumons, où elles se multiplient.

Noma et gangrène pulmonaire rubéolique, etc. — On comprendra aussi facilement pourquoi dans la rougeole et dans la coqueluche, qui fournissent à elles seules le plus fort contingent du noma et de la gangrène pulmonaire chez les enfants, pourquoi, dis-je, il s'agit encore, non d'une faiblesse générale, mais de l'influence d'un principe virulent, qui peut agir lui-même comme une bactérie fermentifère, d'abord sur la muqueuse et la sécrétion buccale, de façon que le transport de ces produits putréfiés dans le poumon y produit une désorganisation du même genre.

Pus versé dans les voies respiratoires. — Au lieu de fragments gangreneux, souvent ce sont les produits de la suppuration des organes voisins qui se déversent directement ou indirectement dans les voies respiratoires. Volkman l'a vu à la suite de la carie du rocher.

III. *Pénétration de produits virulents par voie de con-*

tiguïté. — Les produits virulents peuvent arriver dans les organes respiratoires par voie de contiguïté. Ainsi le pus peut provenir d'un abcès de l'œsophage, du cancer encéphaloïde de ce conduit, du cancer du cardia. Ainsi encore la plèvre suppurée, le poumon abcédé, les abcès des vertèbres, du sternum, peuvent se vider dans la cavité bronchique, et déterminer la mortification du tissu pulmonaire.

Immigrations d'embolies gangreneuses

Les fragments bactérifères en général n'arrivent pas toujours au poumon, par les organes continus ou contigus ; le sang lui-même peut charrier des *embolies* et les faire pénétrer drns le poumon.

Embolies fibrineuses et thromboses. — Or parmi ces embolies, les unes, formées par le sang coagulé, peuvent bien oblitérer les capillaires pulmonaires, rompre les veines du lobule obstrué, et provoquer une hémorragie interstitielle, un infarctus pulmonaire ; mais elles ne donnent pas lieu à la gangrène ; les infarctus hémorragiques eux-mêmes peuvent comprimer les capillaires du voisinage, sans arriver à produire la gangrène.

Embolies gangreneuses. — Mais le sang sert souvent de véhicule à des embolies de nature septique ou gangreneuse, lesquelles arrivent dans un département naturellement limité de la circulation, et y forment une gangrène appelée circonscrite. Or ces embolies septiques se présentent dans les circonstances suivantes. — Ainsi lorsqu'à la suite d'eschares résultant du décubitus, ou de suppurations osseuses, ou de lésions puerpuérales, il se développe une gangrène locale, puis un processus nécrosiqne au loin, c'est que du point primitivement gangrené il s'est détaché un fragment putréfié, qui a pénétré dans une veine, de là dans le poumon. Chaque fois qu'il y avait des gangrènes multiples, on in-

ventait encore une diathèse gangreneuse, ou bien une métastase, c'est-à-dire le déplacement de la gangrène d'un point à l'autre ; il n'y a de déplacé qu'un fragment gangreneux et bactérifère qui, dans le cas actuel, entre dans les poumons, où il se trouve dans les conditions favorables à la fermentation.

Conditions locales de sphacèle et de fermentation

Nous venons d'énumérer les deux modes certains, irrécusables de développement des gangrènes ; on a admis bien d'autres mécanismes, entre autres la gangrène par oblitération des vaisseaux pulmonaires, la gangrène par excès d'inflammation, etc.; la plupart de ces causes sont discutables, et se réduisent généralement à l'état des circonstances prédisposantes.

I. *Oblitérations vasculaires par thrombose.* — Théoriquement la gangrène doit survenir quand il y a obstruction des vaisseaux et thrombose ; mais on sait que les vaisseaux pulmonaires sont de deux ordres, les artères bronchiques, qui sont les organes de nutrition, et les vaisseaux pulmonaires, qui sont d'ordre fonctionnel ; or ceux-ci sont tous des artères *terminales*, c'est-à-dire disposées de telle façon que les congestions, à plus forte raison les gangrènes ne peuvent se localiser, il faudrait admettre une gangrène générale du poumon ; quant aux artères bronchiques, ni leur obstruction par caillot, ni leur compression par les infarctus hémorragiques ne sont suffisantes pour arrêter la vie dans une partie limitée du poumon ; on ne connaît pas d'exemple d'obstruction, ni de gangrène de ce genre (Jaccoud).

II. *Pneumonies.* — Depuis que Laënnec a décrit la gangrène pulmonaire, tous les auteurs, ont parlé de pneumonies terminées par la gangrène ; or cette terminaison est possible dans les bronchopneumonies (Cornil

et Ranvier); elle ne l'est pas dans les pneumonies vraies, ainsi que Lépine l'a bien remarqué. Il n'est pas démontré, en effet, quand on trouve l'hépatisation autour du foyer gangreneux, que l'inflammation soit primordiale ; c'est le contraire qui est généralement vrai, et les produits septiques déterminent facilement des réactions phlegmasiques dans le poumon.

Malgré l'incertitude des faits, les théories n'ont pas manqué pour les expliquer. Tantôt la gangrène était attribuée à un excès d'inflammation, tantôt à une sorte d'étranglement comparable à celui qui s'observe dans les phlegmons ; or l'inflammation la plus vive, la plus étendue, la plus profonde chez un individu sain d'ailleurs ne saurait produire la gangrène ; la comparaison avec le phlegmon a surtout été très malheureuse, car le phlegmon est lui-même une production parasitaire, et la gangrène qui s'en suit est elle-même une fermentation putride.

Les gangrènes postpneumoniques se développent exactement comme celles qui succèdent aux bronchites fétides ou septiques, aux dilatations des bronches, ou bien encore aux cavernes tuberculeuses (où elle est d'ailleurs très rare) ; dans tous ces cas, les bactéries respirées trouvent un terrain de culture favorable ; c'est ce qui s'observe particulièrement dans certaines bronchites.

Bronchites gangreneuses et fétides

a. *Bronchites gangreneuses.* — La bronchite fétide a été considérée, tantôt comme résultant d'une lésion spéciale gangreneuse qui serait limitée aux extrémités bronchiques (Briquet); et tantôt comme l'effet d'une décomposition putride des produits de sécrétion muqueuse : l'une et l'autre éventualité peut se produire, et voici comment.

La gangrène reste rarement limitée aux bronchioles, elle passe aux tissus pulmonaires; inversement lorsque la gangrène envahit le poumon, elle n'épargne pas toujours les bronches capillaires.

b. *Bronchites fétides.* — Il s'agit ici, non plus d'une gangrène des tissus, mais de produits de putréfaction, qui se développent dans les bronches chroniquement enflammées ou dilatées; quand le mucus séjourne longtemps dans ces cavités, il constitue un liquide de culture des plus favorables à la reproduction et au développement des bactéries, qui pénètrent dans les poumons.

Dans un cas de bronchite putride, que nous avons publié il y a trois ans (*Gaz. méd.* 1881) et qui s'est terminée par la mort, l'autopsie n'a pas révélé la moindre altération nécrosique des bronches ni des poumons; il s'agissait donc bien d'une bronchite fétide; la mort, qui a eu lieu au milieu d'une prostration générale, d'une décoloration complète des téguments, et d'un amaigrissement énorme, ne peuvait guère s'expliquer que par la résorption des produits putrides, ou par la production et l'absorption des ptomaïnes, qui se développent si souvent dans les composés morts.

c. *Bronchiectasies putrides.* — Ici il ne s'agit que de la décomposition des crachats ce ne sont pas des gangrènes (observations de Dittrich, de Lasègue).

Irritants locaux. Gaz septiques

Parmi les principes septiques qui agissent sur le poumon directement, il faut citer le gaz hydrogène sulfuré et l'ammoniaque, qui se dégagent des fosses d'aisances; la gangrène pulmonaire a été observée assez souvent chez les vidangeurs. Jaccoud a aussi cité un cas de gangrène à la suite de la respiration des gaz provenant de la détonation du picrate de potasse.

Traumatismes. — Je termine cette série d'irritations

locales, par les traumatismes. Leyden, Bucquoy, Hanot ont cité des cas de gangrène pulmonaire par contusion et compression du thorax.

Les *corps étrangers* qui pénètrent accidentellement dans les bronches, sans avoir eux-mêmes aucun caractère virulent, peuvent déterminer la gangrène; des noyaux de cerise (Jaffé) un fragment d'os (Leyden, Strumpel) des grains de céréales ont put s'introduire par un faux mouvement de déglutition jusque dans les bronchioles, et produire une *nécrose traumatique*, évidemment due à la destruction *directe* du tissu pulmonaire.

Conditions générales septigènes — Gangrènes toxémiques glycémique, alcoolique

Gangrène alcoolique. — L'intoxication alcoolique, qui est une condition favorable à la production de la gangrène ne saurait davantage être considéreé comme une lésion du sang ; c'est la sclérose vasculaire, qui paraît jouer ici le rôle le plus important, en produisant la gêne de la circulation, la stase du sang, dans les vaisseaux du poumon, et le développement des bactéries.

Résumé et explications. — Au résumé les causes les plus évidentes de la gangrène pulmonaire sont la pénétration directe des bactéries, et plus rarement la gangrène embolique. Si on songe que les bactéries, pénétrant plus directement par la bronche droite qui est plus large, atteignent plus facilement les bronches moyennes; on s'expliquera, a la moindre réflexion, les données que la statistique nous a livrées sans commentaire ; il sera très aisé d'interpréter la fréquence très marquée des gangrènes à droite, leur prédominance dans les lobes moyens, leur rareté comme gangrènes diffuses et bilatérales ; tous les chiffres de Lebert, sont d'accord avec

les prévisions de Laënnec sur ce point, et ne s'expliquent que par les considérations physiologiques que je viens d'analyser si longuement. — Il en est de même pour les gangrènes très limitées des lobes inférieurs, ou très superficielles, sous-pleurales, dont la rareté est proportionnée à celle de leurs causes; il s'agit des gangrènes par embolie septique ; ce sont elles qui se limitent et se localisent ainsi d'une façon en apparence exceptionnelle, tandis qu'il s'agit simplement de la marche naturelle des embolies dans les vaisseaux pulmonaires, superficiels et inférieurs, siège ordinaire des embolies.

Pronostic et traitement

Il y a des gangrènes qui mènent rapidement à la mort, ce sont les gangrènes diffuses en tant que lésions, et les gangrènes à forme aiguë, en tant qu'évolution ; il y a des gangrènes, qui ne sont ni diffuses ni aiguës, mais qui n'en sont pas moins fatales ; je parle de celles qui reconnaissent une origine embolique, de celles qui dépendent de l'invasion du poumon par des corps ou des substances putrides, et cette classe comprend un grand nombre de cas. Quelles sont donc celles qui peuvent guérir ? On affirme, peu importe la cause, que la curabilité existe pour les individus qui ne sont pas trop débilités, dans les cas qui marchent avec lenteur, de telle sorte qu'il puisse s'établir, autour de la cavité gangreneuse, une inflammation délimitante, et dans la cavité, une membrane pyogénique susceptible elle-même de se rétracter, ou de fermer la cavité putride ; on a trouvé en effet, dans les autopsies, l'ébauche de ces phlegmasies et de ces membranes ; mais c'étaient des autopsies, qui prouvent bien qu'on peut mourir au milieu des essais curatifs de la nature. — Il n'est pas douteux que

les guérisons se rapportent surtout aux cavités pseudo-gangreneuses.

I. *Indications thérapeutiques.* — Il n'existe qu'une seule indication étiologique, et elle consiste à enrayer par les moyens antiseptiques le développement et la multiplication des bactéries de la fermentation putride et surtout à dépouiller de leur putridité des crachats qui, n'étant pas expectorés peuvent être aspirés par les bronches restées saines. Une autre indication qu'on peut appeler individuelle, c'est de soutenir les forces du malade, toujours si gravement atteintes avant ou par la maladie, ponr lui permettre de lutter contre le processus envahissant du sphacèle.

II. *Médications antiseptiques par la méthode inhalatoire.* — Pour atteindre plus sûrement les micro-organismes dans les bronches, on a eu recours aux inhalations. Stokes, en 1878, publia une guérison de gangrène par les fumigations chlorées, qui n'ont jamais été essayées depuis ce temps.

a. *Fumigation de térébenthine.* — En 1852, Skoda préconisa les fumigations d'essence de térébenthine versée sur l'eau bouillante et aspirée à l'aide d'un appareil inhalatoire. Ces fumigations furent souvent utilisées, avec des succès très discutés.

b. *Acide phénique.* — Dans ces derniers temps on s'est servi surtout des inhalations d'acide phénique, en solution de 2 à 5 p. 100, répétées six à huit fois par jour, et durant cinq à dix minutes par séance. Curschmann a imaginé pour rendre les aspirations plus efficaces un respirateur qui dégage la vapeur phéniquée, et qu'on applique en permanence devant la bronche.

Quel que soit le procédé mis en usage, s'il est certain que le phénol soit absorbé, il est fort douteux que le médicament arrive jusqu'à la partie malade ; l'action antiseptique n'est pas directe, mais n'en présente pas

moins de graves inconvénients, souvent même un réel danger. En effet l'intoxication ne tarde pas à se manifester, et à se traduire dans les urines par une coloration d'un vert olive ; dès lors il faut cesser, et remplacer ce moyen par les vapeurs térébenthinées.

c. *Acide borique, etc.* — On a tenté pour obvier à ces inconvénients l'emploi d'une solution d'acide borique, ou de l'acide borosalicylique, de l'eau bromée ; mais jusqu'ici ces médicaments sont restés à l'état théorique.

III. *Médications antiseptiques internes. Acide phénique.* — C'est encore l'acide phénique, qui a été employé à l'intérieur à la dose de 0 gr., 25 à 1 gramme par Leyden ; il est aussi difficile de croire à l'efficacité et à l'innocuité de ce procédé, qu'aux effets favorables des inhalations phéniquées ;

d. *Sulfate de quinine.* — D'après mon expérience personnelle, c'est le sulfate de quinine qui donne les moins mauvais résultats, à la condition qu'on le prescrive à la dose 1 gr., 50 par jour, et qu'on l'associe avec le quinquina ou la gentiane.

IV. *Médecine dite tonique. Régime lacté et carné.* — C'est le régime qu'il importe le plus de prescrire avec soin, pour soutenir les forces du malade ; on ordonne dans ce but la diète lactée, combinée avec la viande crue à haute dose ; c'est l'alimentation qui est le mieux supportée par l'estomac toujours atteint dans ses propriétés digestives. Les médicaments appelés toniques tels que le vin de quinquina ne produisent rien, parce qu'ils ne contiennent aucun principe actif, si ce n'est le tanin que les malades ne peuvent pas tolérer ; à ce titre il vaudrait mieux le café ou le vin rouge tannique, ne contenant qu'une petite quantité d'alcool. L'usage exagéré ou prolongé de l'alcool a été considéré avec raison comme

moyen de favoriser la fermentation putride; il fermente lui-même et ne maintient pas les forces au delà d'un certain degré, d'un certain temps.

Résumé. — Le sulfate de quinine, le régime lacto-carné, la térébenthine, peut-être la créosote, voilà les moyens les plus rationnels.

V. *Traitement de la pleurésie et du pneumothorax.* — Si le processus gangreneux gagne la plèvre en produisant une pleurésie purulente ou un pyopneumothorax, il faut se hâter de pratiquer l'opération de l'empyème, qui seule peut sauver le malade (Bucquoy).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

PHYSIOLOGIE ANIMALE. — *Sur quelques phénomènes se rattachant aux actions d'arrêt.* Note de M. H. de VARIGNY (1), présentée par M. de LACAZE-DUTHIERS.

« Il est admis par beaucoup de physiologistes que les fonctions motrices peuvent être plus ou moins profondément entravées par des actions d'arrêt ou d'annihilation, et que l'excitation d'un nerf moteur peut fort bien ne pas produire de mouvement, ou, le plus souvent, ne produire qu'un mouvement modifié d'une façon ou d'un autre. En adoptant la théorie des actions d'arrêt, il faut bien aller jusqu'au bout et admettre qu'une action d'arrêt peut empêcher un mouvement de se produire. J'ai pu récemment observer un exemple de cette action et noter quelques-unes des conditions dans lesquelles on peut la rencontrer.

« C'est sur un muscle du *Stichopus regalis*, belle et grande Holothurie, qui se rencontre en abondance à Banyuls, que j'ai constaté les faits dont il s'agit. Ce muscle est constitué

(1) Travail du Laboratoire Arago ou de Zoologie expérimentale, fondée par le professeur H. de Lacaze-Duthiers à Banyuls-sur-Mer.

par des fibres lisses très allongées, très grandes : il est long de 0 m, 12 à 0m, 20, selon le degré de rétraction de l'animal; la contraction de ce muscle, étudiée par la méthode graphique, est très rapide et ne ressemble en rien à la contraction du muscle lisse, telle qu'on l'observe sur l'uretère ou l'intestin, ou encore sur le pied de l'*Helix Pomatia*.

« Ayant placé un muscle de *Stichopus regalis* dans une solution contenant un peu d'acide cyanhydrique, pour voir dans quelle mesure la vitalité du muscle serait atteinte, j'ai constaté que ce muscle réagissait fort bien lorsqu'il ne recevait qu'une seule excitation (clôture et rupture d'un courant induit) : mais du moment où j'envoyais plusieurs excitations, de façon à provoquer le tétanos, le muscle demeurait immobile. Il ne réagissait pas à l'excitation la plus forte. Ce phénomène étant tout à fait anormal, étant donné ce que j'avais vu dans mes précédentes expériences sur ce même animal, je pensai que l'empoisonnement en était peut-être la cause. Avant d'examiner un muscle sain, non empoisonné, pour contrôler ce fait, j'ai vérifié à plusieurs reprises que les excitations nombreuses ne sont suivies d'aucun effet ; au contraire, les excitations isolées, simples, sont suivies d'une contraction vigoureuse et ample. On ne peut pas invoquer dans cette expérience d'irrégularités tenant soit aux piles (Leclanché), soit à la bobine d'induction (du Bois-Reymond), les effets des deux catégories d'excitations ayant été absolument nets et constants. Ayant examiné ensuite plusieurs muscles sains du même animal, j'ai constaté que les phénomènes observés chez l'animal empoisonné peuvent être obtenus dans certaines conditions. Il faut opérer notamment sur un muscle sinon fatigué, du moins affaibli, par exemple sur un muscle séparé depuis quelque temps du corps. Il faut encore que les excitations soient assez fortes et nombreuses. Dans ces conditions, on peut exciter le muscle avec des courants interrompus vingt ou trente fois par seconde, pendant un temps très long (une ou deux minutes) sans qu'il se produise la moindre déviation de la plume rattachée au myographe. Si, après avoir constaté cette inexcitabilité, on produit encore une excitation simple, le muscle se contracte aussitôt. Ce phénomène, je l'ai observé maintes fois sur le *Stichopus regalis*. et il est représenté sur de nombreux tracés graphiques.

« Ce qui donne à penser qu'il s'agit là d'*actions d'arrêt*, ce sont les deux faits suivants. L'un, c'est que dans un certain

nombre d'expériences j'ai observé, non pas l'immobilité du muscle lors d'excitations multiples, mais un retard très grand dans la production du mouvement; la période latente étant cinq ou six fois plus longue, et l'amplitude considérablement plus faible que lors d'excitations isolées. Le second fait, c'est que j'ai noté, dans deux ou trois cas, l'allongement du muscle sous l'influence d'excitations multiples Or ces deux phénomènes, retard de la contraction et allongement du muscle, sont considérés comme des phénomènes d'arrêt. N'est-il pas permis de croire que le phénomène que nous avons observé est dû, lui aussi, à des actions d'arrêt? ou bien faut-il chercher pour tous trois une autre explication?

« Il convient d'ajouter que si, dans les expériences où j'ai recherché les actions d'arrêt, en me plaçant dans les conditions voulues, je les ai toujours rencontrées, j'ai pu aussi observer maintes fois le fait normal de l'excitabilité plus grande du muscle aux excitations répétées qu'aux excitations isolées. Ce fait d'avoir pu dans la même expérience constater successivement l'existence d'actions d'arrêt manifestées, ici par un allongement, là par l'immobilité, ailleurs par un retard considérable et l'absence de ces manifestations, nous a fait écarter toute explication dans laquelle les actions d'arrêt n'ont pas part.

« En admettant que les faits observés soient dus à une inhibition, il semblerait que l'appareil annihilateur, quel qu'il soit, est peu excitable, puisqu'il n'entre en fonction que par des excitations répétées: en revanche, il serait, dans certains cas, plus puissant que l'appareil excito-moteur. Il en serait de cet appareil chez le *Stichopus* comme du nerf vague: l'excitation faible de certaines branches augmente les mouvements respiratoires, l'excitation forte les arrête. »

C. V.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 janvier 1885. — *Anomalies des aberrations et perversions sexuelles chez les dégénérés.*

M. MAGNAN. — Les aberrations et perversions sexuelles se rencontrent à des degrés divers de débilité mentale. On peut,

au point de vue du genre des anomalies génitales qu'ils présentent, les classer en quatre catégories : cette classification est basée sur les fonctions physiologiques des différentes parties des centres nerveux.

Première catégorie; malades spinaux. — Il s'agit d'un pur reflexe émane du centre génito-spinal : le vice que ces troubles engendrent est l'onanisme des idiots, des déments.

Deuxième catégorie : malades spinaux cérébraux postérieurs. — Dans ces cas, la vue simple, l'image d'un objet du sexe différent, provoque l'orgasme vénérien.

Troisième catégorie ; malades spinaux cérébraux antérieurs. — Le point de départ de ces troubles est dans l'écorce cérébrale antérieure. Les idées, les sentiments, les penchants, sont pervertis. C'est dans cette classe qu'on peut mettre la femme amoureuse d'un enfant de deux ans, ou cet homme qui ne pouvait terminer le coït qu'en songeant à une vieille femme ridée et coiffée d'un bonnet.

Quatrième catégorie : Les cérébraux psychiques. — Ces malades d'une chasteté absolue, adorent des objets divers. Un tel, par exemple, adresse des vers à une étoile qui personnifie pour lui l'idéal de l'objet voluptueux.

M. Magnan étudie successivement ces différents types. En résumé, dit-il en terminant, ces troubles intellectuels divers des dégénérés ont une telle intensité qu'ils annihilent la volonté. Ils ont en médecine légale une importance d'autant plus considérable que les individus qui en sont porteurs sont en général des gens en apparence raisonnables, ce qui ne les empêche pas d'être parfaitement irresponsables.

C. V.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Année 1884 (1).

Séance du 5 janvier. — M. MATHIAS DUVAL : *Des sympathies synalgésiques.* — M. Mathias Duval, présente à la Société une thèse ayant pour titre : *Sympathies douloureuses ou synalgésiques*, dont l'auteur est M. Fromentel (de Nancy), après

(1) Voy. l'*Encéphale*, 1884, p. 357.

avoir rappelé les recherches de Gubler sur les douleurs répercutées à distance (douleurs échotives), et l'hypothèse de la réflexion des courants nerveux, par laquelle il prétendait les expliquer.

Cette thèse, fort bien faite, contient des faits très nombreux et parfaitement observés, l'auteur ayant trouvé dans sa famille de nombreux sujets d'observation. Jusqu'ici, on n'avait signalé comme donnant lieu à ces répercussions douloureuses que l'écorchure d'un bouton ou l'arrachement d'un poil. M. Fromentel a observé que toute excitation mécanique produisait le même résultat. De plus, il y aurait un rapport constant entre le point excité et le point écho, c'est-à-dire le point plus ou moins éloigné où se présente la douleur. Ces points resteraient toujours les mêmes et le rapport serait réciproque ; autrement dit, toute excitation de l'un quelconque de ces points se transmet à l'autre. Contrairement à ce qu'en avait dit Gubler, ces sympathies douloureuses ne sont pas toujours unilatérales ; M. Fromentel a observé des associations de mouvement entre autres le cas d'un Monsieur qui ne pouvait écrire sans que la main gauche reproduisît les mouvements de la main droite, si bien qu'elle écrivait à l'envers ce qui était écrit par la droite.

Comment expliquer ces faits ? M. Fromentel pense, avec M. Mathias Duval, qu'on ne peut admettre que la théorie centrale en vertu de laquelle les centres nerveux en rapport avec le point excité, sont fortement ébranlés et réagissent sur des centres plus ou moins voisins, tenant sous leur dépendance les régions où la douleur se repercute.

Séance du 19 janvier. — M. A.-M. Bloch : *Expériences sur les sensations de contraction musculaire.* — Il divise son travail en deux parties : la première comprenant la recherche des sensations musculaires dans les mouvements actifs, la seconde, établie sur l'étude des sensations qui résultent de la résistance musculaire à des charges variables. Il conclut ainsi :

Dans les mouvements actifs, les sensations musculaires sont tellement voilées par les autres sensations de déplacements, que la notion musculaire nous échappe.

Dans les contractions de résistance à une charge suspendue, les différences de poids perceptibles se présentent comme constante proportionnelle, équivalant à 1/4 du poids total.

Dans l'acte ordinaire qui consiste à soulever des poids variables, les deux modes de sensation, cutanée et musculaire, s'ajoutent ; la constante proportionnelle n'est plus, alors que 1/8 du poids total.

Séance du 23 février. — *De la folie des antivivisectionnistes*, par M. MAGNAN. — Depuis quelques années, l'amour et la défense des animaux sont devenus le point de départ de la formation de sociétés, dites Protectrices des animaux. Dans ce courant d'idées qui les captive, des âmes trop sensibles, des cerveaux mal équilibrés, des dégénérés, trouvent de nombreux thèmes dont ils s'emparent, qu'ils exagèrent et qui finalement deviennent chez eux un véritable délire. C'est ainsi qu'est engendrée la folie des antivivisectionnistes. Il ne s'agit pas là d'une espèce nouvelle, c'est simplement un syndrome épisodique, une des manifestations variées par lesquelles se traduit la folie héréditaire.

Contribution à l'étude de la migraine, par MM. NICATI ET ROBIOLIS. — Le but de cette note est d'établir qu'il existe non seulement une migraine ophthalmique, mais aussi une migraine auditive, une migraine olfactive, une migraine gustative, et que, bien plus, il n'est pas pour ainsi dire de fonction cérébrale que la migraine ne puisse intéresser.

Séance du 1er mars. — *Note sur les phénomènes d'arrêt*, par M. BEAUNIS, de Nancy. — Les phénomènes d'arrêt ou d'inhibition qui se passent dans le système nerveux, peuvent se rattacher aux catégories suivantes, pour ce qui concerne les fonctions motrices :

1° *Il peut y avoir interruption d'un mouvement commencé ou en cours d'exécution, que ce mouvement soit volontaire, automatique ou reflexe.* Les faits de ce genre sont aujourd'hui classiques.

2° *Le mouvement en cours d'exécution peut, au lieu d'être interrompu tout à fait, être simplement affaibli dans son intensité, sa vitesse ou sa durée.* Ce cas rentre en réalité dans le précédent, il n'y a qu'une différence de degré.

3° *Le mouvement n'est pas empêché, mais il peut être simplement retardé dans son apparition.* Ici il peut se présenter deux cas :

A. *Ou bien le mouvement se produit pendant que l'excitation qui l'a déterminé continue encore à se faire.* Habituellement ce

cas se combine avec le précédent, en ce sens que la contraction en même temps qu'elle est retardée se trouve aussi affaiblie. Quelquefois cependant il arrive que les contractions sont d'autant plus violentes, que leur retard est plus prononcé.

B. *Ou bien le mouvement se produit après la cessation de l'excitation.* Dans ce cas, qui se présente fréquemment, la contraction consécutive peut, facilement être prise pour une contraction volontaire ou spontanée, et la confusion a été faite plus d'une fois.

4° *Les actions d'arrêt peuvent empêcher un mouvement de se produire.* Il est évident que dans ces cas il faut se mettre en garde contre les causes d'erreur, tenant soit à la diminution d'excitabilité de la substance nerveuse, soit à des conditions expérimentales particulières.

5° *Les actions d'arrêt peuvent modifier la forme de la contraction.* C'est ainsi que les formes variables de la contraction réflexe s'expliquent par l'influence des actions d'arrêt qui s'exercent dans les centres nerveux.

6° *Les actions d'arrêt peuvent diminuer l'excitabilité de la substance nerveuse.* Ainsi la préparation des nerfs d'une patte chez la grenouille peut diminuer l'excitabilité de la moitié correspondante de la moelle.

7° *Il peut se produire, au lieu d'un raccourcissement, un allongement du muscle sous l'influence d'une excitation.* Cet allongement, que j'ai observé plusieurs fois, ne doit pas être confondu avec l'allongement admis par Gad au début de la contraction musculaire et qui est un phénomène d'un tout autre ordre. Dans les cas dont je parle, il s'agissait d'un phénomène réflexe.

L'excitation qui détermine les actions d'arrêt peut avoir pour point de départ, soit les centres nerveux eux-mêmes; soit les nerfs périphériques. C'est le second cas qui se réalise habituellement dans les conditions physiologiques ordinaires. Toute excitation sensitive peut, sous certaines conditions, déterminer des actions d'arrêt.

Les phénomènes d'arrêt se montrent non seulement dans les centres nerveux, mais on les rencontre aussi dans les nerfs périphériques, quoiqu'ils y aient une bien moindre intensité.

L'opinion classique, qui admet dans l'axe nerveux cérébro-spinal des centres moteurs et des centres d'arrêt distincts

et indépendants, doit être revisée. Il est très probable en effet, que les actions motrices et les actions d'arrêt se passent dans les mêmes éléments, dans la même substance.

Dans cette hypothèse, toute excitation détermine dans l'élément nerveux excité deux modifications de sens contraire, une modification *positive* qui peut agir à son tour comme excitant sur la substance nerveuse voisine et ainsi de proche en proche jusqu'au muscle, et une modification *négative* qui tend à détruire ou à annuler la première, et, suivant que l'une ou l'autre de ces modifications prédominera, on aura ou bien un mouvement ou bien un affaiblissement (ou un arrêt) de ce mouvement. Le mouvement qui succède à une excitation n'est que la résultante d'une lutte entre ces deux tendances.

L'existence de ces actions d'arrêt explique les variations que présentent les expériences d'excitation du cerveau et les effets différents qu'on obtient d'un moment à l'autre dans le cours d'une expérience.

Les actions d'arrêt ne se montrent pas exclusivement dans les fonctions motrices et le phénomène doit être envisagé à un point de vue beaucoup plus général. Ainsi les sécrétions, par exemple, sont soumises aux mêmes influences d'arrêt que les mouvements, et les faits de ce genre sont connus de tous les expérimentateurs. En un mot, si, comme les faits tendent à l'établir, toute stimulation détermine à la fois dans la substance nerveuse des phénomènes d'excitation et des phénomènes d'arrêt, cet arrêt pourra s'exercer sur toute manifestation, quelle qu'elle soit, de l'activité nerveuse. A un point de vue tout à fait général, l'arrêt est donc un fait fondamental d'innervation. A toute excitation nerveuse correspondent deux tendances contraires, une tendance à l'activité d'une part et une tendance à l'arrêt de cette activité d'autre part, et la manifestation, quelle qu'elle soit, mouvement, sécrétion, etc., qui suit l'excitation, n'est que la résultante de ces deux actions contraires. Si l'arrêt est une loi générale de l'innervation, les éléments nerveux dont l'activité accompagne les processus psychiques, ne doivent pas échapper à cette nécessité. On est donc forcé d'admettre l'intervention des actions d'arrêt dans les fonctions psychiques comme dans les fonctions secrétoires ou motrices.

Tout processus psychique est la résultante de deux actions contraires, une action impulsive, une action d'arrêt. Cette dualité se retrouve au fond de toute manifestation psychique,

mouvement volontaire, passion, détermination, pensée, et notre vie intellectuelle n'est qu'une lutte perpétuelle entre ces deux tendances : impulsion et arrêt, *homo duplex*. La prédominance relative de l'impulsion ou de l'arrêt détermine chez l'homme le caractère.

Les actions d'arrêt jouent certainement un rôle important en pathologie, et il importe que l'attention des cliniciens soit éveillée sur ce point. C'est ainsi qu'il faut y avoir des paralysies par exagération des actions d'arrêt et des contractures par abolition de ces mêmes actions, paralysies et contractures qui doivent être distinguées avec soin des paralysies et des contractures ordinaires.

Sensibilité cutanée et sens musculaire chez les hystéro-épileptiques par M. P. MAGNIN. — Dans une précédente communication, M. Magnin a attiré l'attention de la Société sur ce fait que chez les hystéro-épileptiques qu'il a eu l'occasion d'observer, il a toujours paru exister une relation étroite entre les zones cutanées sensibles et les départements musculaires dont il était possible de provoquer la contracture par excitation périphérique.

Dans ces conditions, l'examen du sens musculaire pouvait présenter quelque intérêt. Les nombreuses expériences de M. Magnin ont porté sur des hystéro-épileptiques franchement hémianesthésiques. Le parallélisme entre l'état de la sensibilité cutanée et l'aptitude des muscles à la contracture a toujours été net chez les malades. En résumé, dit M. Magnin, bien qu'au premier examen les apparences puissent tromper, le point de départ de la contracture n'est pas profond, mais au contraire très nettement superficiel.

Séance du 22 mars. — *Note sur l'état de fascination de la série Hypnotique*, par M. BRÉMAUD. — Dans de précédentes communications sur cet état de fascination, le premier de la série hypnotique, j'ai fait remarquer que cet état n'avait point été obtenu sur les femmes hystériques hypnotisables, leur système nerveux, probablement trop impressionnable pour la fascination de l'état initial, les amenant d'emblée à l'état cataleptique plus avancé dans la série.

Continuant mes recherches à ce sujet, je constate que sur des femmes en excellent état de santé et hypnotisables, l'état de fascination caractérisé par la dilatation pupillaire, l'élévation du pouls, la parésie de la volonté, l'imitation automa-

tique ne peut-être établi, l'état provoqué d'emblée sur toutes étant la catalepsie avec sa symptomatologie habituelle.

En ce qui concerne l'état de fascination développé sur des sujets masculins, les signes caractéristiques sont d'autant plus nets et plus tranchés que la provocation première de l'état est plus récente. Quand les expériences sont multipliées, à mesure que l'impressionnabilité du sujet s'accroît, la période de fascination disparaît graduellement, puis finit par ne plus apparaître, l'état qui s'établit d'emblée est la catalepsie.

Les sujets sur lesquels j'expérimente depuis plusieurs mois ne peuvent plus être fixés dans l'état initial, et voici ce qui s'est passé pour tous sans exception. A un moment donné, étant en fascination depuis une ou deux minutes et en pleine période d'imitation automatique, ils s'arrêtent brusquement, le pouls redevient à peu près normal, l'état cataleptique s'est établi instantanément.

Aux expériences subséquentes, la fascination s'établit encore, mais pour un laps de temps de plus en plus court jusqu'au moment où la catalepsie s'établit nettement d'emblée. Tous les sujets restent accessibles à la léthargie et au somnambulisme.

Sur les conditions favorables à la production de l'Hypnotisme, par M. Brémaud. — L'hypnotisme, dans ses différents stades, est si facilement provocable sur un si grand nombre de sujets sains, et la connaissance des éléments qui causent l'impressionnabilité à l'hypnotisme est si imparfaite, qu'il n'est pas sans intérêt d'établir les influences de diverses natures qui augmentent ou diminuent la résistance du système nerveux à l'action des agents hypnotiques.

A ce titre, les observations suivantes peuvent avoir une certaine valeur :

Deux jeunes gens, l'un de 21 ans, l'autre de 25 ans, étaient, en décembre 1883, hypnotisables avec la plus grande facilité et présentaient la série complète : Fascination, Catalepsie, Léthargie, Somnambulisme. Ils se prêtaient facilement aux expérimentations les plus diverses, un peu honteux cependant de ce qu'ils regardaient comme une infirmité. Interrogés sur leur manière de vivre, ils conviennent facilement d'un usage quotidien et exagéré de boissons alcooliques et surtout d'absinthe. Effrayés bientôt de leur grande susceptibilité hypnotique et désireux de s'en guérir, ils s'abstinrent,

sur mes conseils, sinon de toute liqueur alcoolique, du moins d'absinthe, et prirent des habitudes plus sobres. Examinés en février 1884, toutes les tentatives d'hypnotisation pratiquées plusieurs jours de suite, ont échoué à leur grand contentement.

Il est difficile de ne pas en conclure à une action de l'alcool sur la facilité de production des phénomènes hypnotiques.

L'expérience serait plus concluente si l'hypnotisme réapparaissait après la reprise des habitudes alcooliques, et les deux jeunes gens, dont il est question, offrirent spontanément de refaire, en ce sens particulier, une expérience que je n'ai pu approuver du reste.

L'influence alcoolique n'est pas la seule que j'ai pu constater. Un jeune homme de 25 ans, se prêtant pour la première fois à mes expériences, fut promptement hypnotisé, et passa par les états de fascination, catalepsie et léthargie, sans que le somnambulisme ait pu être provoqué.

Le surlendemain et les jours suivants, pendant une semaine, toutes les tentatives d'hypnotisation restèrent sans résultat. Le sujet indiqua alors que des excès vénériens considérables avaient précédé de fort peu la dernière expérimentation et qu'il était, à ce moment, dans un état d'énervement particulier dû à ces excès.

Il est permis d'en conclure que, pour un certain nombre de personnes, les habitudes alcooliques et l'énervement qui suit les excès vénériens, constituent une excitabilité spéciale et temporaire du système nerveux qui facilite la provocation des phénomènes hypnotiques.

Séance du 29 mars. — *La fièvre traumatique nerveuse et l'influence des lésions du cerveau sur la température générale*, par Ch. Richet. — *Conclusions.* — L'excitation du cerveau et des régions les plus superficielles du cerveau produit une *fièvre traumatique nerveuse* et en quelques heures la température générale monte de 1, 2 et 3 degrés.

Suggestion à l'état de veille. — Note de M. Bernheim. — M. le professeur Bernheim soumet à la Société, les remarques suivantes :

1° Reynolds et Erb n'ont parlé dans leur mémoire que des paralysies qui peuvent survenir spontanément à la suite d'émotions morales ou par le fait de l'imagination : ils n'ont

pas parlé des paralysies suggérées soit à l'état de veille, soit à l'état hypnotique.

Tandis que M. Bernheim a établi, ainsi que cela est rapporté dans la brochure qu'il a antérieurement adressée à la Société de biologie, qu'on peut chez certains sujets, à l'état de veille, par simple affirmation, provoquer et faire disparaître instantanément, expérimentalement, des paralysies, des anesthésies, des contractures, des illusions sensorielles et même des hallucinations complexes.

2° Quant aux caractères cliniques que MM. Gilles de la Tourette et P. Richer ont exposés, M. Bernheim pense qu'ils ne sont pas constants, et, à l'appui de cette remarque M. Bernheim rapporte qu'il a dans son service d'hôpital deux sujets, chez lesquels il a suggéré une paralysie et chez lesquels il n'existe pas de reflexe tendineux, ni phénomène du genou, ni phénomène du pied. De plus l'abolition du sens musculaire existe si on la suggère spécialement, mais peut manquer si on ne la suggère pas.

Séance du 5 avril. — *Effets de la destruction de l'écorce cérébrale sur les lapins*, par M. Ch. Richet. — En continuant, avec MM. Gley et Rondeau, nos expériences sur l'influence thermique de l'excitation ou de la cautérisation du cerveau, nous avons été frappés d'une conséquence singulière de la lésion cérébrale.

Les lapins « dits *de choux* » qui servent à nos expériences, vivent en captivité dans une cage étroite. Lorsqu'on les prend pour les faire marcher ou courir, on remarque qu'ils se traînent à grand'peine; si on les pousse pour les faire marcher en avant, ils vont en tâtonnant, en hésitant, faisant à peine quelques pas, tournant la tête de côté et d'autre, et il faut plusieurs minutes pour leur faire franchir une distance de quelques mètres (1). Or, si, après avoir fait sur un lapin cette constatation, on lui met à nu le cerveau, puis qu'on cautérise la surface, très légèrement, très superficiellement avec le thermo-cautère, on verra ces allures hésitantes et paresseuses instantanément modifiées.

Après quelques secondes de stupeur, le lapin est devenu

(1) Il va sans dire que cette allure n'est que passagère. Si l'on met des lapins, d'allure aussi bête, dans un endroit où ils puissent s'ébattre, en cinq ou six jours, et quelquefois moins, ils deviennent agiles et alertes, presque autant que le lapin de garenne.

agile et *coureur*. Il verra, entendra, tout aussi bien que précédemment. Mais, au lieu de se traîner sur le sol en rampant et en hésitant, il sera devenu apte à fournir une longue course, et en quelques bonds, courant sans interruption, il fera le tour de la salle à deux ou trois reprises.

Peut-être y a-t-il quelque analogie entre ces phénomènes, et l'élévation thermique consécutive à la destruction de l'écorce. Si l'on suppose que l'inhibition par l'écorce du cerveau ne s'exerce pas seulement sur les phénomènes du mouvement volontaire, mais encore sur les actions thermogéniques, il s'ensuit que les actions thermogéniques, après la suppression de l'écorce, vont s'exercer avec une puissance très grande. C'est ce que semble prouver, en effet, une expérience dont l'auteur donne les détails, et d'où il conclut :

Qu'on peut considérer l'écorce du cerveau comme un appareil d'inhibition, aussi bien pour les actions thermogéniques que pour les mouvements volontaires (1).

Séance du 26 avril. — *De l'influence du travail intellectuel sur la température générale*, par M. E. Gley. — A l'aide d'un thermomètre construit d'une façon telle que l'on peut soi-même observer la température vitale et en suivre aisément les modifications sous diverses influences, M. Gley a fait de nombreuses expériences d'où il tire cette conclusion générale : de l'exercice de la pensée résulte une production de chaleur.

Séance du 10 Mai, — *Existence de l'excitabilité motrice et de l'excitabilité inhibitoire dans les régions occipales et sphénoidales de l'écorce*, par M. Brown-Séquard. — *Conclusion* : La zone considérée comme non motrice à la surface du cerveau, loin d'être inexcitable, est, au contraire, plus excita-

(1) Il est évident que ces phénomènes sont bien différents de ceux qu'ont observés divers auteurs, et en particulier M. Nothnagel, après l'excitation du noyau caudé du corps strié, noyau qu'il a appelé *nodus cursorius*. Dans toutes nos expériences, il n'y a eu que l'écorce cérébrale qui ait été touchée. Il n'y a pas plus d'analogie à établir entre nos expériences et celles de Magendie sur le mouvement impulsif, irrésistible après section des corps striés et des pécondules.

Plusieurs des lapins opérés en février et en mars sont rétablis ; entre autres un lapin dont la température s'est élevée à 41°,9 en quelques heures. Je me réserve de revenir sur les faits relatifs aux ascensions thermiques consécutives, et aux troubles de nutrition, qu'on voit sur les lapins anciennement piqués et rétablis.

table que la zone dite motrice. Comme cette dernière, elle peut, dans certaines circonstances, produire des mouvements dans les membres du côté opposé, mais elle peut faire plus, c'est-à-dire produire de l'inhibition.

Séance du 24 Mai. — *A propos de la suggestion mentale* par M. Charles Richet. — On a pensé que les expériences de M. Stuart Cumberland avaient enfin donné la preuve de cette suggestion mentale qui avait été si souvent et si inutilement cherchée jusqu'ici. Il n'en est rien, car l'expérience de M. Cumberland réussit très bien sans qu'on ait à invoquer le phénomène mystérieux de la transmission de la pensée, sans signe extérieur.

Comme M. Ch. Garnier, comme d'autres personnes qui m'ont écrit ou parlé à ce sujet, j'ai pu facilement reproduire ces expériences.

Je rappellerai en quoi consiste la principale expérience de M. Cumberland. Il prend la main d'un individu qui a caché un objet, et les yeux bandés va directement vers l'objet caché.

Remarquons qu'il ne réussit pas avec tout le monde : ce qui s'explique facilement si l'on admet que certains, à qui il recommande de penser fortement à l'objet caché ; ne pouvant pas s'empêcher de faire avec la main quelques petits mouvements, qui, pour peu qu'on y prête quelque attention, sont des indices sûrs de la direction qu'il faut suivre.

C'est ce qui a lieu, surtout si on presse fortement la main de l'individu qui a caché l'objet. Il se fait alors dans la main de petites oscillations qui trahissent la pensée, et mettent sur la voie à suivre avec une précision qu'on ne soupçonne pas, si l'on a pas fait cette petite expérience.

Cela rentre dans le cas des faits exposées par M. Chevreul avec tant de clarté, il y a près de trente-cinq ans. En tenant un anneau suspendu par une ficelle, on le fait dévier dans le sens qu'on veut, sans cependant faire de mouvements conscients. En réalité, le fait de vouloir fortement déterminé de petits mouvements inconscients. La différence entre l'expérience de M. Cumberland et celle de M. Chevreul, c'est qu'au lieu d'avoir affaire à un anneau, on agit sur un individu qui perçoit les imperceptibles tremblements de la main.

J'ai fait l'expérience sur cinq personnes différentes qui toutes essayaient de ne pas faire de mouvements.

Dans les cas où il y a eu succès, j'ai été absolument guidé

par la personne dont je tenais la main, et celà, je le répète, avec une précision parfois extraordinaire, sans qu'elle ait eu conscience qu'elle me guidait, croyant, au contraire, être guidée par moi.

Séance du 7 juin. — *La locomotion de l'encéphale* par M. Laborde. (D'après une expérience faite sur la tête de Campi.) — Comme nous avions pratiqué sur le crâne du supplicié, à la région frontale, une fenêtre qui nous permettait de voir et d'examiner dans la cavité crânienne, nous en avons profité pour faire une constatation qui tire des conditions où elle a été faite une valeur particulière, et qui est relative à la question récemment soulevée par M. Luys d'une prétendue locomotion de la masse encéphalique, sous l'influence des attitudes diverses du corps et de la tête. Grâce à notre fenêtre frontale, nous étions si bien en situation d'observer le phénomène dont il s'agit, qu'il nous a de suite et pour ainsi dire sauté aux yeux : la tête étant placée verticalement, et reposant sur la surface de section cervicale, nous apercevions distinctement entre la surface de substance cérébrale et la paroi interne de la boîte crânienne un vide, une distance relativement considérable d'au moins cinq millimètres ; et lorsque, prenant cette tête à deux mains, on la renversait doucement dans le sens contraire, c'est-à-dire de façon à tourner en haut la base cervicale, et en bas le sommet crânien, sans jamais perdre de vue la petite fenêtre, on voyait manifestement se rapprocher et comme tomber peu à peu la surface nerveuse, jusqu'au contact complet de la surface osseuse, de façon à toucher le plan interne de notre fente. Il suffisait de recommencer le renversement inverse de la tête pour reproduire aussitôt le vide et l'éloignement en question. L'expérience a pu être répétée à volonté, toujours avec les résultats invariables constatés par tous les assistants, notamment par le professeur Béclard.

Le fait est donc, en lui-même, indéniable ; mais il a suffi, comme on le voit, pour qu'il se produisit même au voisinage tout prochain de la mort, que le liquide céphalo-rachidien se fût complètement écoulé, et que les canaux vasculaires fussent vides : ce qui démontre que c'est bien là un fait extra-physiologique et absolument cadavérique.

Séance du 21 juin. — *Variabilité des névrites cutanées des tabétiques d'un malade à l'autre, et chez le même malade*

suivant les points de la peau qu'on examine. — M. Déjerine, poursuivant ses intéressantes recherches sur ce sujet, a eu l'occasion d'observer un cas nouveau, dont l'étude complète, tant au point clinique que sous le rapport de l'anatomie microscopique du système nerveux, montre une fois de plus le rôle joué par les névrites cutanées dans les troubles de la sensibilité des tabétiques, car il rend compte des différences si grandes que l'on observe, à lésion médullaire égale, d'un tabétique à l'autre. La démonstration est ici on ne peut plus nette, puisque ces névrites cutanées faisaient défaut ou à peu près, dans les points de la peau où la sensibilité était respectée, et c'est là, à ma connaissance du moins, dit l'auteur, la première fois que par l'examen histologique on est arrivé à montrer que les différences dans l'état de la sensibilité cutanée chez un même malade, suivant les points que l'on examine, sont dues à une *variabilité* très grande dans le degré de développement de ces névrites, degré qui peut être très différent dans des points de la peau très voisins cependant les uns des autres. La nature périphérique de ces névrites, que j'ai établie dans un travail antérieur, est ici encore parfaitement nette, étant donné l'intégrité des ganglions spinaux. Je désire seulement insister sur le degré extraordinaire de développement que ces névrites présentaient dans le cas actuel et dont je n'ai jamais vu approcher, à beaucoup près, les nerfs cutanés des ataxiques que j'ai examinés jusqu'ici, car, ainsi que je l'ai consigné dans un travail antérieur, ces névrites m'avaient toujours paru moins intenses que celles des racines postérieures correspondantes. Dans le cas actuel, l'altération des nerfs cutanés était extrêmement plus intense que celle des racines, et de la possibilité pour un tabétique pur (ou combiné dans le cas actuel) de présenter des névrites périphériques beaucoup plus marquées que celles des racines postérieures, me paraît avoir une grande importance, au point de vue de la physiologie pathologique du tabès en général, et de la névrite périphérique en particulier, car il montre l'importance de plus en plus grande qu'il faut accorder aux lésions des nerfs cutanés des ataxiques, au point de vue de l'interprétation des phénomènes clinique d'une part, et, d'autre part, il montre de plus, si je puis m'exprimer ainsi, l'autonomie des nerfs sensitifs périphériques dans le tabès, qui se prennent par eux-mêmes, non seulement sans participation de leurs centres trophiques (ganglions spinaux), qui sont

toujours respectés, ainsi que je l'ai démontré, mais encore sans qu'il existe un rapport quelconque entre le degré d'altération qu'ils présentent et celui des racines postérieures, puisqu'ils peuvent être beaucoup plus altérés que ces dernières, comme dans le cas actuel. En d'autres termes, la névrite cutanée des tabétiques peut être beaucoup plus intense que la névrite des racines postérieures correspondantes, c'est là un fait, de la possibilité duquel il faudra désormais tenir compte.

Indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux. — Hallucinations bi-latérales simultanées dans l'hypnotisme. — Persistance à l'état de veille, par MM. DUMONTPALLIER et E. BÉRILLON.

La Société n'a peut-être pas oublié qu'à diverses reprises, l'un de nous a déjà attiré l'attention de la Société sur les illusions, les hallucinations uni-latérales ou bilatérales provoquées chez les hystéro-épileptiques dans l'état d'hypnotisme (1).

Dans les expériences précédentes, les hallucinations bilatérales du goût, de l'odorat, de la vue, avaient été produites par l'intermédiaire de l'appareil auditif.

Nous venons aujourd'hui établir la possibilité de déterminer chez un hystéro-épileptique, en état de somnation provoquée, des hallucinations doubles de la vue, en agissant directement sur la rétine.

Un dispositif fort simple nous a conduit à ce résultat.

Nous nous bornerons à citer une de ces expériences :

Une malade hystérique, voyant également bien des deux yeux, est mise d'emblée en somnambulisme par pression légère sur le vertex.

On fixe dans le plan vertical médian de la figure du sujet en expérience, un écran disposé de telle façon, que chacun de ses yeux ne puisse voir que les objets du côté correspondant de l'écran.

Un des assistants place alors son visage dans le champ visuel de l'œil droit du sujet; un autre en fait autant dans le champ visuel de l'œil gauche.

L'expérimentateur, par un geste, simule alors une diffor-

(1) Comptes rendus de la Société de Biologie, séance du 3 juin 1882, p. 393; 8 juillet 882, p. 1519; 16 décembre 1882, p. 786.

mité ridicule sur le visage placé du côté droit, et une difformité repoussante sur le visage placé du côté gauche.

La face de la malade exprime à droite l'expression de la gaîté la plus franche, tandis qu'à gauche elle revêt l'expression d'une horreur profonde.

On retire alors l'écran et on réveille la malade par une légère pression sur le vertex.

Après le réveil, la double expression faciale persiste. De plus il se produit un mélange bizarre d'éclats de rire et de cris d'horreur qui se confondent de telle sorte, qu'il n'est pas permis de douter qu'il existe, dans le cerveau du sujet réveillé, deux hallucinations de la vue, de nature différente, dont le point de départ a été une excitation rétinienne dans l'état d'hypnotisme et dont le siège appartient à une hémisphère cérébral différent.

On presse de nouveau sur le vertex de la malade. Elle retombe en somnambulisme, et le début du sommeil provoqué est précisément marqué par la disparition de toute manifestation bruyante. L'expression faciale bilatérale n'en persiste pas moins.

Le dispositif étant rétabli tel qu'au début de l'expérience, il suffit de faire le geste d'effacer sur le visage des assistants la difformité qu'on y avait simulée, pour voir aussitôt la face du sujet devenir indifférente. L'hallucination disparaît avec l'image qui l'avait fait naître.

La malade, de nouveau réveillée, ne garde aucun souvenir de ce qui s'est passé. C. V.

CONGRÈS
DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ITALIENNE

Atti del quatro congresso de la Societa freniatrica italiana

Analyse par le Dr Marandon de Montyel (*Suite et fin*) (1)

XXII. *Un caso di mania transitoria*, par M. Verga et M. Gonzalès.

MM. Verga et Gonzalès définissent la manie transitoire : « Une maladie mentale de courte durée, qui, sous l'influence d'une cause immédiate, éclate à l'improviste une fois dans la

(1) Voyez l'*Encéphale*, 1885, p. 103.

vie, avec une violence insolite, sans mouvement fébrile, chez un individu dans la plénitude de la santé physico-psychique, lequel, durant l'accès, n'a aucune conscience de son état et, guéri à la suite d'un sommeil profond, ne se souvient aucunement de ce qui s'est passé. » Comme exemple ils rapportent le cas suivant. Un jeune homme de vingt ans qui, depuis deux jours veillait sa sœur folle, sans prendre de repos ni beaucoup de nourriture, fut atteint subitement le 23 mars au matin, d'agitation vive avec des idées de persécution, hallucinations de l'ouïe et tendances destructives très violentes. Tandis qu'il était près de sa sœur, il avait reçu d'elle plusieurs coups sur la tête. A dix heures du soir, il s'endormit d'un profond sommeil et se réveilla guéri le 24 au matin. Le malade se souvenait seulement d'avoir brisé avec ses dents un verre qu'on lui présentait et de son étonnement en lisant sur les casquettes de ses gardiens : *Mancon provincial.* L'hérédité vésanique était très accentuée. La guérison s'est maintenue.

A l'occasion de cette communication, M. Raggi expose le cas suivant : Une dame de cinquante ans, sans cause occasionnelle bien connue, sans prédisposition manifeste aux maladies mentales, entra un jour à l'improviste dans une agitation inconsciente des plus violentes qui ne dura que quelques heures et qui disparut complètement à la suite d'un profond sommeil, sans laisser de souvenir. Quinze ans auparavant, cette dame avait eu un premier accès semblable. M. Raggi se demande si les accès de sa malade ne seraient pas de l'épilepsie larvée, et dans ce cas quelle différence il y a entre celle-ci et la manie transitoire? Si, au contraire, ils constituent des crises de manie transitoire, cette forme mentale serait donc sujette à récidive? quant à l'opinion émise précédemment par M. Tamburini sur la grande analogie qui existerait entre la manie transitoire et le somnambulisme, M. Raggi, fait remarquer que dans ce dernier état les actes sont coordonnés et n'ont ni la brutalité ni la violence de ceux du premier.

XXIII. *Sulla Mania transitoria*, par M. Brunati.

M. Brunati expose le fait suivant : Homme de 32 ans ; rien de particulier dans son existence. Il se sentait déjà indisposé quand le 23 novembre 1882, il empoisonna par mégarde sa femme. Cette catastrophe le frappa beaucoup et le tourmenta pendant un mois. Il commençait à se consoler lorsque le

24 décembre, à onze heures du matin, au milieu de son travail, il entra subitement dans un état d'agitation furieuse avec tendances au suicide. Le 25 au matin, après quelques heures de sommeil, il se réveilla raisonnable, mais avec de la céphalalgie et de la faiblesse générale, sans autre souvenir de sa crise que d'avoir vu la nuit sa femme aux pieds de son lit. Pendant trois jours il fut encore souffrant, fatigué, lourd de la tête, puis peu à peu tout rentra dans l'ordre. La guérison s'est maintenue.

Après cette lecture, M. Biffi raconta les deux faits suivants : 1° Jeune fille de 20 ans. Hérédité. A la suite d'une prédication, lypémanie anxieuse avec crainte de damnation. Le lendemain matin, la malade était guérie et la guérison s'est maintenue. 2° Homme de 25 ans. Hérédité. Il fut pris tout d'un coup, à la suite de vives contrariétés et d'un voyage pénible, de frayeur avec hallucinations et agitation. Conduit dans un asile, il s'impressionna à la vue des autres malades, marcha quelque temps dans le jardin et guérit subitement. La guérison s'est maintenue.

M. Salemi-Pace communique lui aussi deux cas. 1° Homme de 27 ans, domestique, à la suite de fortes contrariétés avec son maître, fut pris de manie aiguë très violente. Conduit immédiatement à l'asile, il se calma en moins d'une demi-heure, étonné de ce qui s'était passé. Mère extravagante et sœur hystérique. Un an après, il eut des attaques d'épilepsie. 2° Jeune homme de 26 ans. Hérédité nerveuse. Caractère taciturne et quelque peu étrange. Un soir, tandis qu'il jouait aux cartes chez son oncle, sa sœur traversa la salle. A sa vue, il saisit un couteau et s'élança sur son oncle qui eut beaucoup de peine à le contenir. Conduit chez lui, il passa la nuit tranquille et le lendemain reprit comme d'habitude ses occupations tout en gardant le silence sur les faits de la veille. Or, la cause de cette crise qu'on aurait pu qualifier de manie transitoire, longtemps ignorée de tous, était des tentatives malhonnêtes de l'oncle sur sa nièce. De ces deux faits, M. Salemi-Pace conclut que sans nier positivement l'existence de la manie transitoire, il est utile de se bien tenir en garde avant de l'admettre définitivement comme entité morbide.

M. Lombroso déclare douter de l'existence de la manie transitoire, car dans sa longue carrière d'aliéniste il n'en a rencontré que quatre ou cinq cas, encore ne présentaient-ils pas les caractères classiques de cette forme mentale. Contrairement à

M. Gonzalès, il croit très fréquentes les malformations crâniennes chez cette catégorie d'aliénés ; il croit même constante l'obtusion de la sensibilité tactile, de la sensibilité à la douleur ainsi que du sens de l'ouïe et pas rare des paralysies ou parésies temporaires. Il n'accepte pas non plus la complète disparition des troubles mentaux après vingt-quatre heures, une minutieuse observation lui ayant démontré que cette brusque guérison était plus apparente que réelle. Il raconte le fait suivant : Une jeune fille de mœurs dissolues, née d'une mère à physionomie crétineuse, reçut un jour un soufflet d'un de ses amants. Peu d'heures après elle fut prise d'une folie aiguë avec convulsions toniques, parésie des membres inférieurs, analgésie et anesthésie, température à 38° et insomnie. Il en fut ainsi deux jours. Le troisième jour cet état s'améliora, mais la sensibilité et la température restèrent anormales. Le sixième jour, la malade devint timide et pleurnicheuse, mais au septième et huitième jour, elle était rentrée dans son état normal, sauf l'obtusion du tact qui durait encore. Ce n'est pas là, ajoute M. Lombroso, un cas de manie transitoire. Pour lui, les observations se contredisent et si l'hérédité favorise le développement de la manie transitoire, elle doit en favoriser aussi le retour, car c'est son propre d'amener les rechutes.

M. Tamburini déclare qu'il n'a pas voulu dans sa communication considérer la manie transitoire et le somnambulisme spontané comme choses identiques, il a voulu seulement établir les analogies symptomatiques de ces deux états, car il y a des cas de somnambulisme avec délire intense et actes violents. Pour lui, les observations de M. Gonzalès et de M. Brunati ne sont pas des cas de manie transitoire.

A une demande de ce savant, M. Raggi répond que l'accès qu'eut sa malade quinze ans avant celui qu'il a observé fut très court. Il émet des doutes sur l'existence d'états somnambuliques avec tendances violentes.

M. Verga, à un autre point de vue, fait remarquer que non seulement il n'est pas pas vrai que dans la manie transitoire les malades ne se suicident pas, mais qu'il y a des cas où ces infortunés n'attentent qu'à leur propre vie.

A l'appui de l'opinion de M. Verga, M. Morselli rapporte le fait suivant. Un chef d'émigration, âgé de 25 ans, sans hérédité vésanique, se rendant à la tête de ses compagnons, de Milan à Gênes, arriva sain d'esprit à Turin où il croyait se procurer des billets de voyage. Déçu dans ses espérances, il tomba ins-

tantanément dans un état de fureur avec complète inconscience et amnésie de ses actes. Il se précipita dans un canal voisin. On le retira en proie à une agitation des plus violentes et on le mit au poste. Il sendormit et se réveilla durant la nuit, en proie alors à un état hallucinatoire dont il conserva le souvenir, tandis qu'il ne se souvint nullement de la période précédente. Avant l'aube, il passa par une troisième période de demi-conscience avec hallucinations et à huit heures du matin il était guéri. Le soir il retourna à la même heure, dans le même lieu que la veille pour s'occuper encore des billets et là, il fut repris d'un second accès. Cette fois il tenta de se faire écraser par un fiacre. On le séquestra. Après une nuit de sommeil, il fut de nouveau guéri. M. Morselli voit là deux accès consécutifs de manie transitoire, mais dit-il, si les antécédents du malade éloignent l'idée d'épilepsie, les circonstances dans lesquelles il se trouvait, ne permettent pas d'éliminer l'alcoolisme.

M. Lombroso pense que le malade de M. Morselli était un alcoolique, rendu aliéné par une violente émotion morale, comme il arrive souvent. Il attribue d'ailleurs à l'alcoolisme la presque totalité des suicides automatiques.

Il est ensuite décidé que cette question de la manie transitoire sera de nouveau discutée au prochain congrès.

XXIV. *Sulla sordita verbale*, par M. Seppili.

Après avoir esquissé l'historique de la surdité verbale, M. Seppili rapporte les deux observations suivantes : 1° Dame robuste, 51 ans, a eu autrefois une maladie mentale dont elle guérit. Pas d'autres renseignements. A l'asile elle montre une activité mentale très prononcée, car elle parle beaucoup, mais elle estropie un grand nombre de mots. Elle se rend compte des ordres exprimés par signes et les exécute immédiatement mais ne les comprend pas quand on les lui donne par paroles. Elle saisit donc le langage mimique et est sourde au langage articulé. L'expérience démontre l'intégrité du sens de l'ouïe. La vue est intacte. Aucun trouble de la sensibilité générale ou de la motilité. L'intelligence est affaiblie. La malade fut pendant trois ou quatre mois de suite dans un état d'agitation interrompue par des périodes de tranquillité de quelques heures à quelques jours, puis elle mourut d'apoplexie.

L'autopsie montra, outre un épaississement et une opacité des méninges, *du côté gauche des adhérences à la substance cérébrale de toute la première circonvolution temporale et à la portion limitrophe de la seconde.* A ces points, la substance cérébrale était désagrégée et ramollie. Le lobe temporal gauche etait plus petit que le droit. On trouva aussi quelques très petites zones d'adhérences à la pointe des lobes frontaux, à l'extrémité postérieure du lobe temporal droit et aux circonvolutions orbitaires. 2° Dame de 56 ans. Pas de renseignements. Air hébété. Aucune lésion de la sensibilité, de la motilité, ni des fonctions végétatives. Fonctionnement de l'ouïe intact. Intelligence affaiblie. La malade obéit à la mimique et reste sourde au langage articulé. Après un mois elle meurt dans une attaque épileptiforme. L'autopsie montra *un ancien foyer nécrosique dans les deux tiers postérieurs de la deuxième circonvolution temporale, la moitié inférieure de la première et la moitié supérieure de la troisième, du côté gauche.* Rapprochant ces deux observations personnelles de vingt autres recueillies dans la littérature médicale, M. Seppilli, donne une exacte description de la surdité verbale telle qu'elle est connue de nos jours et termine son mémoire par les conclusions suivantes : 1° La surdité verbale est l'expression d'une altération dans les voies sensorielles du langage, cliniquement et anatomiquement distincte des diverses formes d'aphasie. 2° Cliniquement, la surdité verbale se manifeste par l'incapacité de comprendre la signification des paroles entendues, bien que l'ouïe soit fine et l'intelligence bien conservée. Elle ne constitue pas toujours le seul trouble du langage : quelquefois elle s'associe à d'autres désordres de cette faculté, telles que l'aphasie amnésique, l'aphasie motrice ou la cécité verbale. 3° Les autopsies jusqu'à ce jour connues d'individus atteints de surdité verbale établissent que la lésion anatomique de cette infirmité consiste en un processus destructif de la première et de la seconde circonvolution temporales du côté gauche, lésion tantôt limitée à la substance grise, tantôt s'étendant jusqu'à la blanche. 4° Le mécanisme physiologico-pathologique de la surdité verbale consiste dans l'impossibilité de transformer les paroles entendues en images verbo-acoustiques, ce qui est conforme à tout ce que nous ont appris les recherches physiologiques sur les fonctions des lobes temporaux. 5° La surdité verbale peut être un signe précieux pour localiser une affection morbide dans le lobe temporal gauche.

XXV. *Sull' azione della magnete e degli agenti termici nell' ipnosi isterica*, par M. Tamburini.

Dans l'hypnotisme hystérique, l'aimant, lors de l'état léthargique, approché du thorax à la distance de trois ou quatre centimètres produit ou un arrêt immédiat des mouvements respiratoires, arrêt qui dure même sept à huit minutes, ou une profonde inspiration suivie d'apnée, ou des inspirations très profondes coupées de repos très prolongés. Rapproché des diverses parties du corps, l'aimant met en coïncidence l'hyperexcitabilité neuro-musculaire en développant des contractions qui, rapidement, s'étendent à des groupes variés de muscles. A la colonne vertébrale, son approche détermine par la contraction des muscles postérieurs une incurvation du corps à convexité antérieure poussée si loin que la tête arrive presque à toucher les pieds. L'auteur s'est associé M. Righi, de Bologne, pour étudier la cause de ces phénomènes. Ces deux savants crurent tout d'abord que l'aimant agissait soit par une action semblable à celle qu'il détermine dans le fer doux, soit en développant dans l'organisme des courants électriques induits. Or, l'expérience leur a démontré que : 1° Les mêmes effets sur le thorax et sur les muscles des membres s'obtiennent en renversant l'aimant et en présentant au corps la ligne neutre ; 2° Les mêmes effets s'obtiennent avec un *corps métallique* d'un volume presque égal à celui de l'aimant, effets qui varient en raison directe du volume du corps métallique ; 3° En se servant d'une bobine renfermant un cylindre de fer doux susceptible d'être à volonté aimanté et désaimanté par l'ouverture et la fermeture d'un courant électrique dans la bobine, on constate que l'aimantation et la désaimantation du fer doux ne modifient en rien les phénomènes. D'où la conclusion obligée que l'aimant n'agit pas en tant qu'aimant, mais comme métal. Par quel mécanisme? se demande M. Tamburini. Il dit avoir obtenu les mêmes résultats sur la respiration et les muscles, toujours dans l'hypnotisme, avec des corps tels que le verre, l'eau, portés à des températures ou très inférieures ou très supérieures à celles de la surface du corps, et sans conclure encore d'une manière définitive, il ne serait pas éloigné de croire que l'aimant et les corps métalliques agissent, eux aussi, par leur température différente de celle du corps.

XXVI. *Communicatione sull' ipnotismo*, par M. de Giovanni.

Le mémoire très long de M. de Giovanni comprend deux

choses : une étude de l'hypnotisme et son application à la thérapeutique.

L'étude sur l'hypnotisme n'est que la confirmation des faits connus; son application à la thérapeutique, qui est la partie la plus neuve du mémoire est malheureusement la plus courte et ne contient que des indications vagues. M. de Giovanni croit que l'hypnotisme est appelé à un avenir thérapeutique, car, à son avis, le sommeil hypnotique diffère beaucoup du sommeil naturel et est sous la dépendance d'une modification fonctionnelle considérable du système nerveux qui peut être utilisée. Les faits à l'appui sont rares. L'auteur cite le cas d'une dame tourmentée, à toute heure du jour, par les plus étranges manifestations nerveuses, qui parvenait à arrêter ses accès en fixant le regard dans une direction opposée à celle de certains phénomènes musculaires préourseurs du mal. Pour l'auteur, le résultat thérapeutique serait indépendant de l'intensité du sommeil. Dans des cas même où il ne fut pas possible de l'obtenir, la fixation du regard longtemps continuée aurait procuré à elle seule du soulagement. L'hypnotisme engendrant parfois de l'anesthésie, ce phénomène pourrait être utilisé en chirurgie. L'auteur M. de Giovanni s'élève contre l'opinion de Tinkelnburg qui d'un cas malheureux conclut au danger de l'hypnotisme et il fait remarquer que si un accident devait entraîner l'abandon d'un remède, la thérapeutique serait privée de tous ses moyens les plus précieux. Sans doute, l'hypnotisme accroît parfois les troubles nerveux, mais, ajoute l'auteur, en insistant, malgré cette première aggravation du mal, on obtient parfois des rséultats heureux et il cite un cas à l'appui. M. de Giovanni termine son mémoire en disant que s'il a eu des résultats négatifs, d'autres à peine satisfaisants, il en a obtenu de très beaux. Il est parvenu à guérir, par l'hypnotisme, des contractures obstinées, des douleurs rachidiennes, des insomnies, des névralgies, etc., etc.

Relativement aux effets thérapeutiques de l'hypnotisme, M. Tamburini ne se prononce pas. Pour lui la question est complexe et difficile, car selon les individus les effets sont nuisibles ou utiles et cela dans des cas qui paraissent identiques.

M. Morselli ne croit pas inoffensives les manœuvres hynoptiques et cite à l'appui deux cas où les troubles nerveux ont été considérablement aggravés.

M. Lombroso répondant tout à la fois à la communication de M. Tamburini et à celle de M. de Giovanni, clôture la discussion en citant les deux faits suivants. Le premier est relatif à un jeune garçon atteint d'hystéro-épilepsie, l'application de l'aimant sur la peau et même sur les vêtements arrêtait l'accès, tandis qu'elle l'amenait à l'état de santé. Le second est relatif à une jeune fille atteinte elle aussi d'hystéro-épilepsie, dont les attaques cessaient sous l'influence d'une série de métaux qu'elle avait elle-même indiquée comme salutaires et qui devaient surtout agir par l'attention et l'attente, car le même métal tantôt réussissait, tantôt non. Sous l'influence d'un traitement par la belladone, elle se paralysa. Cette jeune fille pouvait passer par quatre espèces de sommeil : dans le premier, elle était bizarre, peu retenue; dans le second, les phénomènes paralytiques disparaissaient; dans le troisième elle voyait certaines personnes et n'en voyait pas d'autres; enfin, dans le quatrième, fait plus étrange, elle ne voyait et n'entendait qu'à la distance de deux mètres.

XXVII. *Le Cardiopatie nei pazzi*, par M. SALEMI-PACE.

Sur 120 autopsies, M. Salemi-Pace a trouvé 88 fois des lésions du cœur, 54 fois chez l'homme et 34 fois chez la femme, soit une proportion de 73,4 0/0 de lésions cardio-vasculaires chez les aliénés. La lésion prédominante est l'état adipeux qui s'est rencontré 65 fois, non seulement sous forme d'accumulation, mais encore sous forme d'infiltration interfibrillaire et de dégénérescence granulo-graisseuse, surtout dans le cœur droit. Un fait intéressant, signalé par l'auteur, c'est la fréquente coïncidence de l'atrophie du ventricule droit avec l'hypertrophie du gauche. M. Salemi-Pace se demande ensuite pourquoi les maladies du cœur sont si fréquentes chez les aliénés alors que la folie est si rare chez les cardiaques. L'aliéniste de Palerme explique cette fréquence par une altération nutritive du cœur consécutive à une innervation anormale due à l'état moral des aliénés.

XXVIII. *Cuore-Sfigmica e globulimetria regli aliemati*, par M. RIBAUDO.

Ainsi qu'on l'a vu, dans l'analyse précédente, l'autopsie montre fréquente chez les aliénés l'atrophie du cœur droit associée à l'hypertrophie du cœur gauche. M. Ribaudo a cher-

ché sur 48 malades atteints de diverses formes mentales à diagnostiquer cette double lésion chez le vivant, car il croit possible ce diagnostic en se basant tout à la fois sur la matité signe de l'hypertrophie et sur les tracés sphygmographiques qui indiquent l'incertitude des contractions cardiaques. Pour l'auteur, ces altérations ne sont pas de nature inflammatoire, mais des troubles nutritifs consécutifs à des altérations matérielles des centres trophiques. M. Ribaudo invoque à l'appui de son opinion l'hypoglobulie fréquente dans les diverses formes de la folie.

XXIX. *Sulle lesioni dei nuclei del corpo striato*, par M. Tonnini.

M. Tonnini fournit les signes diagnostiques suivant des lésions du noyau caudé et de celles du noyau lenticulaire. *Noyau caudé.* Les lésions sont plus rares; rareté qui dans certains cas peut être utilisée pour le diagnostic Les troubles de la sensibilité et les troubles vaso-moteurs sont plus passagers, tandis que ceux de la motilité sont plus longs à disparaître. Quand il y a lieu d'éliminer la lésion isolée du noyau caudé, il n'est pas possible de distinguer la lésion isolée du noyau lenticulaire de celle des deux noyaux ensemble. Les troubles transitoires de la motilité sont également significatifs des lésions aiguës du noyau caudé et du noyau lenticulaire. Toutefois, il est vraisemblable de croire que ces troubles sont plus transitoires et moins intenses dans les lésions du noyau caudé. *Noyau lenticulaire.* Les troubles du mouvement sont moins transitoires et plus intenses. Les troubles sensitifs et vaso-moteurs sont plus fréquents et décroissent parallèlement aux troubles moteurs. Quand on peut exclure la participation de la capsule interne à la lésion destructive et qu'une prompte terminaison fatale est à craindre, il est probable que la lésion siège dans le noyau lenticulaire. Si les symptômes moteurs disparaissent avant ceux de la sensibilité et que d'autres raisons éloignent l'idée d'une lésion destructive de la partie postérieure de la capsule interne, il y a lieu de penser à une lésion de la partie postérieure du noyau lenticulaire. S'il existe de l'hémianesthésie et des troubles vaso-moteurs transitoires sans troubles de la motilité, une lésion du noyau lenticulaire est pro bable.

XXX. *I. reflessi tendinei nella paralisi progressiva,* par M. BIANCHI.

M. Bianchi commence par constater qu'un grand désaccord règne entre les aliénistes qui, dans la paralysie générale, se sont occupés des réflexes tendineux, et en particulier de celui du genou, les uns affirmant leur fréquente abolition, les autres leur fréquente exagération. Il résulte des recherches de l'auteur que cette divergence d'opinions tient à ce que les savants ont étudié les réflexes à un moment donné de la maladie et non durant tout son cours. S'étant mis à l'abri de cette cause d'erreur, il a trouvé que les réflexes tendineux étaient ordinairement diminués dans les dernières périodes de la paralysie générale et exagérés dans les premières. Dans plusieurs cas il lui a même été donné de suivre pas à pas leur affaiblissement. Quant à la cause de leur diminution et de leur abolition, M. Bianchi dit que ses recherches ne confirment pas la loi de Westphal, il en conclut que l'affaiblissement ou l'abolition des réflexes tendineux chez les paralytiques généraux n'indiquent pas sûrement une lésion de la moelle ou de tel et tel faisceau. Il croit que dans les cas douteux, l'exagération ou la diminution des réflexes peut aider au diagnostic de l'affection paralytique.

M. Seppili se range à l'avis de M. Bianchi sur la loi de Westphal ; il y a, en effet, dit-il, des individus, parfaitement sains, chez lesquels les réflexes tendineux et précisément le réflexe rotulien n'existent pas. Il ajoute que l'exagération de ce réflexe se produit dans d'autres lésions que la sclérose des cordons postérieurs. Il cite le cas d'un individu qui, frappé d'apoplexie cérébrale, présenta 24 heures après, une exagération manifeste du réflexe rotulien.

XXXI. *Sull'origine delle fibre nervose nello strato molecolare delle circonvoluzioni cerebellari dell'vomo*, par M. FUSARI.

Aux études de M. Golgi sur la fine anatomie des circonvolutions cérebelleuses, M. Fusari ajoute les particularités suivantes. Dans la couche moléculaire des circonvolutions du cervelet on observe une maille très intriquée dans la zone supérieure par l'irrégulière direction des fibres, tandis que dans la zone inférieure, c'est-à-dire aux limites de la couche des granulations et de la couche corticale externe, le plexus

est principalement formé d'un grand nombre de fibres parallèles à la direction de la zone, que d'autres fibres coupent à angle droit. A la formation de ce plexus concourent : 1° Les cellules de Purkenje par le moyen de quelques fibres qui, se détachant de leur prolongement nerveux passent de la couche des granulations dans la couche moléculaire : 2° Les petites cellules nerveuses avec la complète subdivision dicotomique de leur prolongement nerveux ; 3° Celles des fibres dérivées de la substance blanche qui après avoir traversé la couche des granulations passent dans la couche corticale externe. Le plexus nerveux ainsi formé non seulement sert à multiplier les rapports entre eux des éléments indiqués, mais est aussi en communication avec la maille nerveuse de la couche des granulations. Ces particularités, ajoute M. Fusari, complètent les idées de Golgi sans les modifier.

XXXII. *Sulle Guarigioni tardive dell'Alienazione mentale*, par M. Riva et M. Algeri.

A propos des récentes discussions que le divorce a soulevées en France sur l'incurabilité et les guérisons tardives en aliénation mentale MM. Riva et Algéri, rapportent les observations suivantes. 1° H..., 35 ans. Sœur morte d'une maladie cerébrale inconnue. Excès de travail et de misère. Début de la maladie mentale en janvier 1873 par une lypémanie avec crainte de l'avenir et de la mort, exagération des sentiments religieux, idées de persécution et tentative de suicide. Séquestration le 23 juin de la même année. Jusqu'au milieu de 1881, quoique calme, la malade présenta du délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe. L'amélioration se dessina alors et il sortit complètement guéri en décembre. Durée de la maladie mentale : 9 ans. 2° H..., 41 ans. Début sans cause connue en Août 73, d'une lypémanie religieuse avec crainte de damnation. Au commencement de 74, cet état s'aggrava et s'accompagna de vives idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe. Séquestration en Avril. Jusqu'en 1878 il présenta des alternatives de délire religieux et de délire érotique avec périodes de réaction violente et longs intervalles de calme mais toutefois sans cessation du délire ni des hallucinations. En 1878 il commença à travailler à la cave et il fut plus tranquille, mais toujours délirant halluciné. En mars 1881, se disant guéri, il manifesta le désir de retourner dans sa famille. Il l'était, en

effet, et il sortit comme tel à la fin d'Avril. La guérison s'est maintenue. La maladie mentale avait duré 8 ans. 3° H..., 30 ans En 1864, court délire d'une vingtaine de jours. Dans les années suivantes, courtes périodes de mélancolie sans délire non justifié. A la fin de l'été 1869, voyages et dépenses inconsidérées. Dans un de ces voyages, violent désordre mental nécessitant la séquestration. Dans les premiers temps de l'isolement, agitation assez forte avec hallucinations de l'ouïe et exagération de la personnalité, puis tranquillité avec persistance du délire les voix le désignaient comme futur roi d'Italie. Il en fut ainsi jusqu'en Avril 1878. Il se rétablit complètement et sortit. Jusqu'en 1881, la guérison s'était maintenue ; depuis cette date pas de nouvelles. Durée de la maladie mentale, 9 ans. 4° H..., 39 ans. Causes inconnues. Début en mars 70 d'une lypemanie religieuse avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. Trois ans après ces hallucinations sont remplacées par de perversions sensoreilles viscérales, le malade se sent un être vivant dans le ventre et le prend pour le futur messie. Vers la fin de 1882 il s'améliora et guérit en même temps que se développait une affection pulmonaire dont il mourut au bout d'un an environ. Durant cette maladie il se montra sain d'esprit. Durée, 12 ans. L'auteur termine ensuite son mémoiré par les quatre conclusions suivantes : 1° L'expérience démontre que certaines formes de maladies mentales peuvent guérir après une durée de plusieurs années. 2° Les formes psyscopathiques qui nous ont présenté cette terminaison appartenaient au délire systématisé sans caractères dégénératifs ou avec caractères dégénératifs très peu marqués. 3° Un caractère presque constant de ces formes de folie est l'existence d'hallucinations qui ordinairement se maintiennent constantes et invariables durant tout le cours de la maladie. 4° Dans ces cas, les facultés intellectuelles conservent un notable degré de vigueur et d'activité durant le cours de l'affection mentale.

XXXIII. *Varieta anatomica delle circonvoluzioni e delle scissure verticali in un cervello di lipemaniaco*, par M. FUNAIOLI.

Homme de 37 ans, maître d'école. Pas d'hérédité. A l'âge de cinq ans rachitisme qui le condamna à sept ans d'immobilité, d'où la moitié droite du corps plus courte que l'autre et atrophiée. A la suite d'une réduction de sa solde, il tomba dans un

état de dépression lypémaniaque très accentuée et ne tarda pas à succomber à une double pneumonie tuberculeuse. L'autopsie montra dans le cerveau les particularités suivantes : Les circonvolutions marginales n'étaient pas parallèles entre elles ni semblables ; celles de gauche étaient plus développées, séparées par des sillons moins profonds qu'à droite où les circonvolutions étaient plus contournées. En outre dans l'hémisphère gauche on notait : 1° La circonvolution frontale ascendante très repliée sur elle-même et séparée de la pariétale ascendante par le sillon de Rolando qui, partant de la scissure de Sylvius n'atteignait pas la scissure interhémisphérique. 2° La pariétale ascendante divisée longitudinalement en deux par un sillon qui ne prenait pas naissance à la scissure de Sylvius mais un peu au-dessus dans la substance même de la circonvolution et aboutissait à la scissure interhémisphérique. Dans l'hémisphère droit la disposition des circonvolutions était à peu près semblable. La circonvolution frontale ascendante était plus contournée et le sillon de Rolando, parti de la scissure de Sylvius arrivait presque à la grande scissure interhémisphérique. La pariétale ascendante, elle aussi plus contournée, était divisée en deux, comme à droite, dans le sens de sa longueur, par un sillon qui parti du même point n'aboutissait pourtant pas à la grande scissure interhémisphérique. La pulpe cérébrale était de consistance normale. L'examen microscropique des circonvolutions marginales faites par M. Romiti lui montra une constitution identique et une même alteration dans toutes les circonvolutions marginales une anormale dilation des gaines lymphatiques qui étaient pleines de corpuscules lymphoïdes. Examinant ces particularités au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, M. Funaioli, se prononce en faveur d'une double scissure de Rolando pour les quatre raisons suivantes : 1° Les deux scissures non seulement sont dirigées verticalement, mais elles ne sont pas interrompues par des plis de passage, excepté à droite où la scissure la plus postérieuse est interrompue par un pli qui réunit la partie antérieure de la parietale inférieure et l'extrémité inférieure de la parietale ascendante. 2° Si elles ne sont pas également profondes, elles le sont beaucoup et sont limitées par deux circonvolutions ascendantes à peu près de même volume. 3° Elles sont toutes deux embrassés par le lobule pararolandique à leur partie interne et à leur extrémité supérieure. 4° Toutes deux

atteignent la grande scissure interhémisphérique et s'approchent beaucoup de la scissure de Sylivius. Au point de vue de la physiologie patholique, l'auteur remarque que ce cas ne milite pas en faveur des localisations cérébrales. Il rappelle que M. Luys, un des premiers attira l'attention sur les atrophies des divers points de la zone motrice consécutiifs à la longue durée d'un arrêt de développement ou de l'amputation d'un membre. Or, étant donnés l'état artrophique, le raccourcissement et l'immobilité des membres à droite qui dataient de l'enfance chez le maître d'école, on s'attendait à trouver une atrophie des circonvolutions marginales, et au lieu de l'atrophie de la pariétale ascendante on en rencontra deux au lieu d'une.

XXXIV *Delle convulsioni isteriche*, par M. Solivetti

Jusqu'à ce jour, dit M. Solivetti, on n'a cherché qu'à faire pénétrer de l'électrité dans l'organisme humain. Les procédés ont varié, se sont perfectionnés mais le but est resté le même. Personne n'a encore eu l'idée d'opérer en sens inverse, c'est-à-dire de soustraire de l'électricité au corps bien que beaucoup de cliniciens et de physiologistes, entre autres Longet, aient émis depuis longtemps l'idée que certaines maladies nerveuses tenaient à une accumulation du fluide nerveux particulièrement dans l'axe spinal. L'Auteur dit que cette soustraction d'électricité est susceptible de fournir de beaux résultats dans les crises d'hystérie et à l'appui rapporte le cas suivant. Maria R..., 18 ans, hystérie avec violentes convulsions. Parmi les nombreux symptômes hystériques, la malade était surtout tourmentée d'une crise convulsive très violente avec perte de connaissance qui débutait à 3 h. pour cesser à 4. Tous les moyens de traitement échouerent. M. Solivetti résolut de lui soustraire de l'électricité. Ignorant les expériences de M. Vigoureux sur l'électricité statique il recourut au procédé suivant : Il fit à la malade le long de l'épine dorsale et toujours dans la même direction, au début de la crise, des frictions avec un coussin de la machine électrique recouvert d'or massif. Après une vingtaine de passes la crise cessa instantanément et la jeune fille tomba dans une résolution complète. A quatre heures, moment où finissait d'ordinaire l'attaque, elle se réveilla, non fatiguée et courbaturée comme les jours précédents, mais avec la sensation de bien-être qui

suit un sommeil profond; toutefois levée, elle se sentit sans forces, incapable de tenir sur les jambes, lassitude qui dura jusqu'au lendemain. Et il en fut ainsi pendant 40 jours de traitement. La malade guérit et la guérison s'est maintenue. Depuis, M. Solivetti a expérimenté plusieurs fois le procédé et a toujours obtenu les mêmes modifications et les mêmes résultats favorables. L'Auteur, chez sa première malade, Maria, à l'aide du galvanomètre appliqué souvent dans la journée s'est assuré que l'aiguille commençait à dévier, à 2 h. 1|4, atteignait son maximum de déviation à 3 h. moment de la crise, le conservait durant toute la durée de l'attaque puis après revenait au même point qu'avant 2 h. 1|4. Quand on soustrayait de l'électricité l'aiguille restait à 0°. L'Auteur en conclut que la crise hystérique est bien due à une augmentation des courants nerveux vers la périphérie d'où anémie nerveuse du cerveau et perte de connaissance, états qu'il explique par les lois électro-physiologiques formulées par Wundt.

XXXV. *Sull'istologia patologica della paralisi progressiva*, par M. Marchi.

M. Marchi a examiné au microscope le cerveau et la moelle de neuf paralytiques. Dans ce dernier organe il n'a rencontré ni sclérose ni corps granuleux, mais l'atrophie simple des cellules nerveuses de la corne antérieure qui émettaient des prolongements rigides et étaient en grand nombre dépourvues de noyaux. En ce qui concerne le cerveau, une fois seulement il rencontra la sclérose diffuse tant de la substance grise que de la blanche; dans les autres cas la sclérose était limitée à quelques points de la substance corticale. Il a renconté presque toujours la prolifération des capillaires, l'épaississement des parois vasculaires et la dilatation des gaines perivasculaires. Jamais il n'a pu constater ni prolifération de la cellule nerveuse, ni anévrysmes ni extravasations sanguines. La seule altération notée dans la cellule fut la dégénérescence pigmentaire. Il a été impossible à M. Marchi de vérifier l'assertion de Lubinoff relative à la formation nouvelle de capillaires par prolifération de la névrologie autour des vaisseaux, toujours il a vu les parois des vaisseaux donner naissance par bourgeonnement aux capilaires de nouvelle formation.

XXXVI. *Sopra un solco anormale del cervello*, par M. Raggi.

M. Raggi communique ses recherches sur le sillon anormal signalé en 1879 par Bastian, à l'extrémité des lobes occipitaux. Comme l'auteur Anglais il a constaté ce sillon et l'a trouvé comme lui plus souvent à droite qu'à gauche, mais dans un nombre de cas moindre. Il partage son opinion que ce sillon est loin d'occuper constamment le bord interne du lobe occipital, mais que de préférence il siégeait sur sa face interne et inférieure et parfois même sur sa face externe. Relativement à l'origine de ce sillon, tandis que M. Bastian l'attribue à une pression exercée par l'extrémité postérieure du sinus longitudinal et le côté droit du pressoir d'Hérophile, il résulterait au contraire des recherches de l'auteur que ce sillon serait du à un afflux de sang relativement surabondant dans le sinus transverse.

XXXVII. *Delle varieta delle circonvoluzioni cerebrali nei pazzi* par M. Poggi.

M. Poggi conclut de ses recherches que le poids du cerveau chez les aliénés est en moyenne inférieur à celui de l'homme sain et que le rapport entre le poids de cet organe et celui du cervelet est gravement altéré dans la folie, ce dernier ne participant pas le plus souvent aux processus qui augmentent le poids du premier, comme dans l'épilepsie, ou le diminuent comme dans la paralysie générale. En outre du poids les cerveaux d'aliénés présentent les différences suivantes. Si la moyenne des sillons anormaux est supérieure seulement de 1,38 à la moyenne normale, différence qui tient chez eux à la grande fréquence d'une double scissure calcarine et de la communication de la scissure perpendiculaire interne avec les sillons du lobule cunéiforme, la moyenne des plis et des circonvolutions supplémentaires s'élève à 7.54 pour chaque hémisphère au lieu de 3.76. Enfin d'autres anomalies, rares et peu accentuées chez l'homme sain se montrent fréquentes et bien marquées chez l'aliéné, tels la direction descendante ou l'absence du rameau antérieur de la scissure de Sylvius; le peu de développement des circonvolutions frontales inférieures laissant à découvert une partie de la région de l'insula; le plus grand développement des plis frontaux, des plis interrompant la scissure calcarine, et le plus spécialement des plis de passage de la scissure occipito-pariétale

interne. M. Poggi compare aussi le cerveau de l'aliéné à lui-même et dans les deux sexes. Les deux hémisphères, nous apprend-t-il, ont, chez les fous, un développement morphologique différent ; les principales particularités qui, indiquant une plus imparfaite évolution du droit, le distinguent du gauche sont : une plus grande étendue de la scissure de Sylvius ; l'interruption presque constante de la scissure interpariétale ; la double origine de la circonvolution pariétale ascendante des circonvolutions pariétales, supérieure et inférieure ; la moins grande fréquence des plis frontaux ; la longueur moindre de l'hémisphère et la bifidité de la pointe occipitale ; la direction horizontale de la scissure calcarine ; l'anastomose de la scissure occipito-pariétale interne avec celle de l'hyppocampe ; le manque absolu d'anastomoses entre la scissure de Sylvius et le sillon temporal supérieur ; enfin la rare présence de plis d'union entre les circonvolutions pariétales. Les différences entre les sexes sont pour M. Poggi, les suivantes : poids du cerveau et développement des lobes frontaux plus considérable, chez l'homme; chez la femme : fréquente bifidité de la pointe occipitale droite ; fréquente existence de plis d'union entre les deux circonvolutions occipito-temporales vers le tiers antérieur et développement moindre de l'uncus qui est plus profondément situé.

XXXVIII. *Cefalometria in 670 alienati del Manicomio di Bologna,* par M. Peli.

Les 670 aliénés sur les quels M. Peli a opéré se composaient de 348 h et de 322 f. Il a comparé les résultats obtenus chez eux avec ceux fournis par quarante individus sains d'esprit, 20 H. et 20 F, et en se servant des trois méthodes, moyenne arithmétique, sérielle et graphique, il est arrivé aux conclusions suivantes. La tête des aliénés est plus longue et plus haute, tandis que les courbes médiane et transversale sont plus petites . Les courbes préauriculaires, postauriculaires et la circonférence totale sont plus étendues, excepté toutefois la préauriculaire chez les hommes qui par la moyenne arithmétique est égale, tandis que par les méthodes graphique et sérielle elle est inférieure. Par les trois méthodes la face s'est trouvée moins haute et avec les moyennes arithmétique plus large dans les deux sexes, moins large au contraire

chez la femme par les méthodes graphique et serielle. Les mesures de la tête, dans les diverses maladies mentales, ont offert aussi des différences sensibles et variées selon les méthodes employées, et selon la forme mentale. Les héréditaires se sont fait surtout remarquer soit par rapport à l'homme sain, soit par rapport aux autres aliénés. Enfin les altérations dans la forme du crâne ont été trouvées en général beaucoup moins rares que chez les gens raisonnables et elles se sont rencontrées de préférence chez les héréditaires hommes.

XXXIX. *Annotazioni sulla Trabecola cinerearca nei pazzi*, par M. Verga.

M. Verga a controlé l'assertion du professeur Tenchini qui, ayant constaté l'absence plus fréquente chez l'homme que chez la femme du tuber cinereum, le plus grand volume chez celle-ci de cette petite portion du cerveau ainsi que dans certains cas de crétinisme, voulut y voir un signe d'infériorité. Les recherches de M. Verga ont porté sur 129 aliénés, 54 F et 75 H, atteints de diverses formes mentales et il est arrivé aux conclusions suivantes: 1° L'absence du tuber cinereum n'est pas un fait très important. 2° Cette absence est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme. 3° Elle est plus fréquente chez les fous que chez les gens sains d'esprit. 4° Chez les épileptiques, elle s'observe souvent, tandis que dans les cas où le tuber cinereum existe il est développé. 5° Les cas à développement notable du tuber cinereum sont un peu plus considérables chez la femme. 6° Son absence ou sa petitesse se rencontre dans l'inbécilité et l'idiotie. Ainsi, dit en terminant, M. Verga, les études faites jusqu'à ce jour du tuber cinereum se réduisent à une simple curiosité anatomique.

XL. *Annotazioni sulla frenosi paralitica della donna*, par M. Verga.

De 1879 à 1882, dit M. Verga, sur 728 femmes admises à l'asile de Mombello ne se trouvaient que 15 paralytiques; 11 mariées, 2 veuves et 2 célibataires. 7 ménagères; 3 couturières; 2 domestiques; 1 paysane; 1 marchande de légumes; 1 sans profession. Début de la maladie: 29 ans, 2; 30 à 40 ans, 6;

40 à 50 ans, 5; 50 à 60 ans, 2. Comme étiologie il y a à noter dans 5 cas la tare héréditaire, dans un de ces cas le père mourut d'hemorrhagie cérébrale; dans trois cas les antécédents étaient inconnus, dans un cas le père était ivrogne, dans les 6 autres pas d'hérédité. Parmi les causes occasionnelles on nota: le libertinage 2 fois; la menopause, 2 fois; dans deux autres cas la maladie débuta aussi au retour d'âge, mais au dire des maris depuis quelque temps déjà leurs femmes avaient un caractère bizarre et étrange; la dysmenorrhée, 3 fois; syphilis avec céphalalgies à retour, 1 fois; causes occasionnelles inconnues, 3 fois. Dans un des deux cas de libertinage on a noté aussi des congestions cérébrales périodiques et dans l'autre une excitation sexuelle marquée avec abus des alcools, affection utérine dysmenorrhée. La symptomatologie, dit l'auteur, fut classique, on remarqua seulement que deux malades sous l'influence d'hallucinations visuelles et auditives tentèrent de se tuer et qu'une autre, sous l'influence de ses idées de grandeur, fut sitiophobe; elle trouvait la nourriture indigne de sa haute situation. Sur ces 15 paralytiques, 10 moururent dans l'asile. La durée de la maladie, inconnue pour une, a été d'un an pour 2, de 2 ans pour 5, de 3 ans pour 2. Le poids de l'encéphale dans cinq autopsies a oscillé entre les deux extrêmes : 1059 à 1185.

XII. *Sopra alecuni nuovi narcotici : Acetale, Paraldeiden, vapelline* par M. Tamburini.

M. Tamburini dit avoir été conduit par ses expérences à n'être pas partisan de l'introduction de l'Acetale comme narcotique dans la pratique psychiatrique. En effet, bien que ses malades l'aient pris sans grande répugnance, qu'aucun état fâcheux n'ait été la conséquence de son administration, il a constaté que cette substance ne donne pas un sommeil prompt, sûr, ni durable. En portant la dose même jusqu'à 15 grammes, dans certains cas on n'obtient aucun effet soporifique, ou à peine une à deux heures de sommeil et cela, non chez des malades agités mais chez des alienés tranquilles qu'endormaient facilement un ou deux grammes de chloral. M. Tamburini a constaté en outre que l'acetale augmente la force et la fréquence de la respiration, de même qu'il accentue la systole et accroit la pression sanguine.

M. Tamburini a constaté l'action narcotique de la paral-

dehyde, seulement il a été obligé dans la plupart des cas d'élever la dose jusqu'à 5 et 6 grammes, pour obtenir un sommeil, qui, comparé chez les mêmes individus, à celui du chloral pris à dose bien inférieure, est moins prompt, moins profond et moins durable. Aussi, étant donné en outre le prix jusqu'à présent très élevé de la paraldehyde, l'auteur croit que cette substance ne doit être considérée que comme un succédané du chloral auquel on pourra recourir lorsque l'organisme pour des raisons spéciales ne tolèrera pas ce dernier médicament on n'y sera plus sensible.

La Napelline qui a été préconisée en 1881 par MM. Foville, Laborde et Duquesnel n'a donné aucun succès à M. Tamburini, même à la dose de 12 centigrammes, dans l'excitation maniaque, l'insomnie persistante et la démence tranquille. Quelque fois il a obtenu un léger dégré de somnolence, mais jamais aucune action sédative sur l'excitation. Même à la dose la plus elevée, pas d'effets nuisibles, mais aussi pas de modifications, ni de la circulation ni de la respiration. M. Tamburini en conclut que la napelline n'a aucun rôle à jouer en thérapeutique mentale.

M. Gonzalès dit qu'il résulte de son expérience que la paraldehyde a une action narcotique et est spécialement indiquée dans le traitement des psycopathies avec excitation mentale; elle peut être administrée à la dose de 3 à 5 grammes sans danger.

XLII. *La cellula nervosa motrice*, par M. Golgi.

M. Golgi, après avoir établi que jusqu'à ce jour il n'a pas été possible de distinguer la cellule nerveuse motrice de la sensitive, ajoute qu'il croit avoir trouvé les particularités qui les distinguent l'une de l'autre. Dans la cellule nerveuse, expose-t-il, ce qu'il importe le plus d'étudier, c'est son prolongement nerveux, or d'après ses recherches ce prolongement nerveux se comporte de deux façons, créant ainsi deux types de cellules: celles dont le prolongement nerveux, bien que donnant naissance à des fibrilles secondaires, conserve une individualité propre et va constituer le cylindre axe d'une fibre nerveuse ; celle dont le prolongement nerveux se subdivisant à l'infini perd toute individualité et prend part à la formation d'un réseau nerveux inextricable. Les cellules nerveuses du premier type ne seraient-elles pas des cellules

motrices et celles du second des sensitives? Cette hypothèse. M. Golgi l'avait faite déjà mais avec de très grandes réserves, aujourd'hui il est bien près de l'affirmer. Les cordons antérieurs de la moelle sont certainement les points les plus propices pour l'étude des cellules motrices, mais bien que les cellules du premier type lui eussent paru beaucoup plus nombreuses là et les cellules du second type dans les cordons postérieurs, il n'avait pas osé conclure définitivement, car dans les cordons antérieurs pénètrent en abondance des fibres sensitives, et en outre, tandis que les prolongements des cellules du premier type, dans tous les autres territoires du système nerveux donnent naissance à des fibrilles secondaires, il n'en est pas ainsi dans les cordons antérieurs. Ainsi les cellules nerveuses qu'on pouvait avec le plus de certitude considérer comme motrices ne se comportaient pas en tous points comme celles du premier type. Cette lacune devait rendre très circonspect. Mais M. Golgi a eu l'idée de porter ses recherches sur la moëlle des nouveaux nés et des fœtus, et il a constaté chez eux que le prolongement nerveux des cellules du premier type dans les cordons antérieurs après son entrée dans les racines antérieures donne naissance à des fibrilles très tenues qui se reflêchissent vers la substance grise où elles se subdivisent à l'infini et se confondent avec la maille nerveuse très compliquée qui se trouve là. Dès lors tout doute doit disparaître, et il semble certain que les cellules nerveuses, qui, dans les autres parties du système nerveux sont constituées comme celles des colonnes antérieures sont des cellules motrices puisque celles-ci le sont. Comme conséquence les cellules du second type seraient des cellules sensitives.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique *chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique*, par le docteur A. Mairet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier. (G. Masson, Paris, 1884.)

Sous ce titre, M. le Dr Mairet, publie les résultats fort intéressants de nombreuses recherches bibliographiques et expé-

rimentales auxquelles il s'est livré dans le but d'apporter quelque lumière à la physiologie pathologique des névroses encore enveloppée des plus épais nuages.

Placé depuis longtemps dans des conditions spéciales pour étudier plus particulièrement ce qui a trait à la pathologie nerveuse, M. Mairet a déjà su, par des travaux empreints de la plus vive originalité et dénotant chez lui un esprit de recherche véritablement remarquable, tirer parti à maintes reprises des précieux matériaux dont il dispose en sa qualité de médecin adjoint de l'Asile des aliénés de Montpellier.

Le travail dont nous allons aujourd'hui donner l'analyse en est une preuve des plus éclatantes. Il fait le plus grand éloge de son auteur qui a consacré un temps fort long aux minutieuses recherches qu'il exigeait et qui est arrivé à des résultats d'une grande précision.

Frappé d'une part de la richesse des descriptions symptomatiques que nous possédons sur les névroses, et d'autre part de la pauvreté des matériaux relatifs à la physiologie pathologique de ces affections et du silence de l'anatomie pathologique « qui reste dans ces cas lettre morte », M. Mairet a cherché à combler par des recherches biologiques une partie du vide qu'il signale. Il s'est demandé s'il ne pourrait pas arriver à savoir si des échanges se passent au sein du tissu nerveux sous l'influence des névroses et à se rendre compte de ces échanges par l'étude de l'élimination par les urines d'une substance, l'acide phosphorique qui, on le sait, joue un rôle important dans la constitution de ce tissu. Mais pour pouvoir remonter ainsi de l'élimination des phosphates à la nutrition du système nerveux chez l'homme malade, il fallait connaître l'élimination de ces sels chez l'homme sain et leur rôle biologique. En d'autres termes, à des recherches pathologiques s'ajoutaient des recherches physiologiques. Et comme les travaux qui ont été faits jusqu'à présent à ces deux points de vue sont contradictoires et susceptibles de critiques qui rendent très douteux les résultats obtenus, M. Mairet a dû reprendre dans son ensemble la question de l'élimination de l'acide phosphorique.

On comprend combien un pareil travail présente de difficultés, mais si précisément nous tenons compte de ces difficultés et des résultats obtenus, nous ne pouvons que féliciter M. Mairet d'avoir mené sa tâche à bonne fin. En effet, dans cette étude d'ensemble, les différentes parties se confirment

l'une l'autre, ce qui donne à son travail une autorité incontestable.

Nous n'avons pas la prétention de suivre M. Mairet dans les discussions savantes et approfondies auxquelles il se livre relativement à chaque point nouveau qu'il envisage ; nous nous contenterons de relater les conclusions principales qui se dégagent de ses recherches, renvoyant pour plus de détails à l'original lui-même que l'on consultera avec le plus grand fruit.

Voyons d'abord les résultats auxquels il arrive relativement à l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain et au rôle biologique de cet acide.

Après nous avoir montré tout ce qu'il y a de vague, d'incertain, de contradictoire même dans les assertions des auteurs qui se sont occupés avant lui de cette question, M. Mairet étudie successivement l'influence qu'exercent sur l'élimination de l'acide phosphorique, l'alimentation, le travail musculaire, le travail intellectuel et la nutrition générale. Nous disons sur l'élimination de l'acide phosphorique, nous devrions dire plutôt sur l'élimination de l'acide phosphorique uni aux terres, de l'acide phosphorique uni aux alcalis et de l'azote; M. Mairet étudie, en effet, l'élimination de chacune de ces substances; nous verrons plus loin pourquoi. Mais avant cette étude, M. Mairet établit les bases qui serviront d'appui à ses recherches. — Il est, en effet, plusieurs conditions à remplir pour que, si, chez un individu, on constate sous l'influence de l'alimentation ou de l'activité fonctionnelle des modifications dans l'élimination de l'acide phosphorique, ces modifications puissent être attribuées à ces facteurs. Ces bases établies, et nous regrettons de ne pouvoir indiquer ici avec quelle rigueur elles l'ont été, M. Mairet aborde ses recherches et arrive aux conclusions suivantes :

A. *Alimentation.* — « 1° La quantité de l'acide phosphorique contenu dans les urines est dans un rapport étroit avec la richesse des aliments en cet acide. Plus une alimentation est riche en acide phosphorique et en azote, plus est grande la quantité de ces substance rendues par les urines.

« 2° L'influence de l'alimentation se fait sentir dans la même direction sur l'acide phosphorique uni aux terres et sur l'acide phosphorique uni aux alcalis. Toutefois, les phosphates alcalins seraient plus sensibles à cette influence que les phosphates neutres. »

B. *Muscle.* — « 1° L'acide phosphorique est lié à la nutrition et au fonctionnement du muscle;

« 2° Le travail musculaire marque son action sur l'acide phosphorique éliminé par les urines, en augmentant le chiffre de l'acide phosphorique uni aux alcalis. »

C. *Système nerveux.* — « 1° L'acide phosphorique est intimement lié à la nutrition et au fonctionnement du cerveau. Le cerveau en fonctionnant, absorbe de l'acide phosphorique uni aux alcalis et rend de l'acide phosphorique uni aux terres.

2° Le travail intellectuel retentit sur la nutrition générale qu'il ralentit.

« 3° Le travail intellectuel modifie l'élimination de l'acide phosphorique par les urines; il diminue le chiffre de l'acide phosphorique uni aux alcalis et augmente le chiffre de l'acide phosphorique uni aux terres. »

D. *Nutrition générale.* — 1° L'acide phosphorique est lié à la nutrition générale.

« 2° La nutrition générale modifie dans le même sens l'élimination de l'acide phosphorique uni aux alcalis, de l'acide phosphorique uni aux terres et de l'azote. »

Tels sont les résultats auxquels arrive M. Mairet relativement aux rapports biologiques qui existent entre l'acide phosphorique d'une part, le système musculaire, le système nerveux et la nutrition générale d'autre part. Ces résultats sont très nets : si l'acide phosphorique se lie à la nutrition du système nerveux, son rôle biologique ne se borne pas là; cet acide se lie aussi à la nutrition du muscle et à la nutrition générale. Mais chacun de ces facteurs, muscle, système nerveux, nutrition générale influencent d'une manière spéciale l'élimination de l'acide phosphorique et de l'azote. Et on peut faire la part de ce qui revient à chacun d'eux, lorsqu'ils agissent simultanément, en étudiant comparativement l'élimination des substances que nous venons d'indiquer. La possibilité de cette distinction était un fait capital à établir pour le but que poursuivait M. Mairet dans les maladies qu'il étudie, ces trois systèmes, système nerveux, système musculaire et nutrition générale, combinent en effet souvent leur action.

Connaissant ainsi le rôle biologique de l'acide phosphorique et l'influence qu'exercent sur son élimination les divers genres d'activité fonctionnelle que nous avons indiqués, M. Mairet possédait des bases physiologiques susceptibles d'éclairer la

pathologie. Un élément toutefois lui manquait encore pour pouvoir comparer les résultats pathologiques aux résultats physiologiques, il lui fallait établir un chiffre moyen d'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain. C'est à établir ce chiffre que M. Mairet consacre le premier chapitre de la seconde partie de son travail.

On le voit, tout a été prévu par M. Mairet pour que la physiologie serve de base à la pathologie et si on étudie de près les précautions dont il s'est entouré au point de vue expérimental, on peut attacher la plus grande importance aux résultats qu'il a obtenus. — Ses recherches sur l'homme malade ont porté sur l'aliéné (manie, lypémanie, idiotie et démence), sur l'épileptique, et sur l'hystérique et il résume dans les conclusions suivantes les résultats auxquels il est arrivé.

A. *Manie.* — « 1° La manie modifie diversement, suivant les périodes, l'élimination par les urines de l'acide phosphorique et de l'azote.

« 2° La manie modifie les échanges nutritifs qui se passent au sein de la substance nerveuse; elle les augmente.

« 3° La manie retentit sur la nutrition générale, qu'elle suractive dans les périodes d'agitation et qu'elle ralentit dans les périodes de dépression. »

B. *Lypémanie.* — « 1° La lypémanie augmente les échanges en acide phosphorique qui se passent au sein de la substance cérébrale.

« 2° La lypémanie ralentit la nutrition générale. »

C. *Idiotie.* — « Lorsque l'idiotie est considérable, on constate une diminution de l'azote, de l'acide phosphorique uni aux terres et de l'acide phosphorique uni aux alcalis éliminés par les urines. »

D. « La *démence* diminue l'élimination de l'azote, de l'acide phosphorique uni aux terres et de l'acide phosphorique uni aux alcalis. »

De ces diverses conclusions découlent naturellement des indications thérapeutiques relativement à l'emploi des phosphates et surtout des phosphates solubles dans certaines formes d'aliénation mentale ou dans quelques-unes de leurs périodes. Ces indicatious, M. Mairet les met en relief et les délimite nettement.

D. « 1° Dans l'épilepsie, en dehors des attaques et de l'état de mal épileptique, l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique par les urines n'est pas modifié.

« 2° Les attaques et l'état de mal épileptiques augmentent l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique ; ils suractivent les échanges qui se passent au sein du système nerveux. »

Quant à *l'hystérie*, M. Mairet se contente de nous rapporter deux faits qu'il a observés. Il les reconnait lui-même insuffisants pour pouvoir dès à présent lui fournir un document quelconque relativement à l'influence que peut exercer cette maladie sur la nutrition du système nerveux.

Nous n'avons pu dans cette rapide analyse que donner un aperçu du travail de M. Mairet qui soulève, on le voit, les plus grands problèmes de la biologie et nous permet de pénétrer dans la nutrition du système nerveux à l'état physiologique et pathologique. Si nous avons, en effet, indiqué les résultats généraux de ce travail, ces résultats n'ont d'importance que par les faits qui leur servent de bases, la manière dont ces faits sont étudiés et les précautions expérimentales dont l'auteur s'est entouré. Or à ce dernier point de vue la lecture seule de l'original pourra édifier le lecteur. Nous dirons seulement que M. Mairet n'a laissé dans l'ombre aucune question, qu'il n'a reculé devant aucune des nombreuses difficultés qu'il rencontrait cependant à chaque pas, qu'il n'a rien abandonné à l'hypothèse, que toutes ses déductions sont basées sur des faits. Aussi sommes nous convaincu que toutes ses conclusions seront ultérieurement vérifiées comme l'ont déjà été quelques-unes d'entre elles (Lailler. Compte rendu de l'Académie des sciences août 1884).

D^r Bancel

Th. Meynert. — **Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns.** Vienne, 1884. 1^{er} fascicule, 1884.

Ce volumineux fascicule est le commencement d'un grand ouvrage sur les maladies mentales, entrepris depuis plusieurs années déjà par le professeur Meynert et résumant son enseignement. L'idée fondamentale du livre consiste à envisager les maladies mentales dans leurs rapports avec l'anatomie et la physiologie des centres nerveux, et plus particulièrement des lobes antérieurs du cerveau. De cette idée découlent la classification adoptée par l'auteur et la manière de comprendre les différents états morbides. Le premier fascicule, seul paru en ce moment, contient de longs prolegomènes d'ana-

tomie et de physiologie et le commencement de la pathologie mentale. Meynert débute par nous donner une vue générale sur la conformation intérieure et la structure de l'encéphale. Nous ne trouvons dans ce chapitre aucun aperçu absolument nouveau; mais les descriptions présentées par l'auteur sont claires et ornées de figures nombreuses et exécutées avec beaucoup de soin. Le second chapitre comprend la physiologie du cerveau, qui d'après Meynert doit être considérée comme un corollaire de l'anatomie. L'auteur se livre à une analyse détaillée des fonctions du cerveau; mais on ne peut s'empêcher de trouver un caractère. un peu trop hypothétique à ces considérations. Dominé par l'idée de trouver une relation étroite et constante entre l'anatomie et la physiologie du cerveau, l'auteur ne peut s'empêcher de plier légérement les faits à ses interprétations et nous craignons beaucoup de rencontrer le même défaut dans la partie de l'ouvrage, non encore parue, qui doit traiter de la pathologie mentale. Les relations qui existent entre les maladies mentales et l'anatomie des centres nerveux sont encore peu connues et elles sont loin d'être aussi étroites que celles qui existent avec les maladies décrites en général sous le nom de maladies du système nerveux. Celles-ci ont avec la conformation du cerveau et la structure de la moelle des relations aujourd'hui bien étudiées; mais il faut remarquer que souvent c'est la pathologie qui a été le point de départ de découvertes anatomiques et physiologiques. Aussi pour nous la doctrine exposée par le professeur Meynert peut être vivement contestée aussi bien au point de vue physiologique qu'au point de vue pathologique. Tout au moins peut elle être considérée comme prématurée. Quant au troisième chapitre, il comprend l'étude de la nutrition du cerveau et il nous fournit un exposé très intéressant de tout ce qui se rattache à la question; il comprend en outre un court supplément où se trouve exposée l'étude de la physionomie et des mouvements qui la produisent. Le quatrième chapitre comprend une vue générale des maladies mentales dont la conclusion naturelle est une classification de ces maladies. Celle-ci, on le devine par ce que nous avons dit plus haut, est presque exclusivement anatomique et concorde ainsi avec les opinions exprimées par Meynert au commencement de son ouvrage. Les classifications, comme on sait, nous révèlent en partie la méthode adoptée par l'auteur

et peuvent souvent, mieux que de longs discours, nous initier à ses opinions. Aussi donnerons nous ici un abrégé de la classification de Meynert.

D'après lui les maladies mentales peuvent être disposées en trois classes : 1re Maladies par lésions anatomiques. 2e Maladies par troubles de la nutrition. 3e Maladies d'origine toxique.

La première classe (*Maladies par lésions anatomiques*) comprend les malformations du crâne et du cerveau (crétinisme, idiotie, surdi-mutité). B. Les lésions en foyer (hémorrhagies, tumeurs, gommes. C. Les lésions cérébrales diffuses (hydrocéphalie, méningite, démence paralytique, etc).

La deuxième classe (*Maladies par troubles de la nutrition*) comprend : A. les états d'excitation d'origine corticale, (excitation maniaque, mélancolie, manie. B. les états caractérisés par la faiblesse irritable C. hallucination, hystérie, hypochondrie, épilepsie.

La troisième classe, nous l'avons vu, comprend les *maladies mentales d'origine toxique.*

Avec le cinquième chapitre, d'ailleurs encore inachevé, nous entrons dans l'étude des maladies mentales proprement dites. L'auteur commence par celle des malformations du crâne et du cerveau et nous donne dans ce chapitre des notions très-intéressantes sur la craniologie pathologique et sur le volume de l'encéphale. Ce premier fascicule ne comprend guère, à l'exception des six dernières pages, que des prolégomènes d'anatomie et de physiologie et quelques notions générales sur la pathologie mentale. Pour pouvoir apprécier l'intérêt et la valeur des idées théoriques émises par Meynert il faudrait le voir à l'œuvre et nous devons attendre l'apparition du second fascicule pour porter un jugement définitif. Disons cependant tout de suite que les idées émises par Meynert ne nous semblent pas aussi originales qu'elles lui paraissent. Elles ont été en effet professées avec succès en France par M. Luys et dans bien des passages on pourrait signaler plus d'une analogie de doctrines.

Dr H. Gilson.

Essai sur les amnésies, principalement au point de vue étiologique thèse par Rouillard. Paris 1885.

Dans cette thèse soutenue récemment, M. Rouillard a tenté une classification des amnésies basée uniquement sur

les causes. Plusieurs auteurs se sont occupés de l'amnésie, mais ils n'ont décrit qu'une forme particulière d'amnésie : l'amnésie traumatique (Azam), par anémie (Motet), du somnambulisme (Mesnet), de l'épilepsie (Tamburini), etc. Les travaux d'ensemble sont peu nombreux (Calmeil, Falret, A. Voisin, Ribot, Legrand du Saulle). Tous ces auteurs se sont attachés à décrire les diverses formes de l'amnésie. Ils n'ont pas passé sous silence l'étiologie, que M. Falret surtout a traitée assez longuement, mais ils n'ont pas montré les rapports qui unissent l'étiologie à la forme de ce symptôme. C'est cette liaison intime que M. Rouillard s'est efforcé de mettre en lumière. Pour l'amnésie en effet, la cause est tout. Elle n'influe pas seulement sur la forme mais elle est la base du pronostic, c'est son diagnostic seul qu'il importe de faire, et c'est à elle seule que doit s'adresser le traitement. Voici brièvement résumés les points principaux de la longue thèse de M. Rouillard. — L'amnésie progressive, dans laquelle la mémoire se détruit couche par couche, porte au début sur les faits les plus récents et s'étend peu à peu aux événements plus anciens ; pendant qu'elle gagne ainsi, selon le temps elle attaque certaines catégories de souvenirs et d'acquisitions, et va du particulier au général de l'instable au stable. Elle est la carastéristique des maladies de l'encéphale (ramollissement, tumeurs, etc.,) de la sénilité. Son pronostic est des plus graves et son importance diagnostique est grande, surtout pour la paralysie générale. — A la suite de maladies aiguës, et surtout de la fièvre typhoïde, on rencontre un affaiblissement de la mémoire, que Longer-Villermay appelait *dismnésie*, qui n'a pas la forme progressive, qui n'est pas fatal, mais qui, au contraire, tend vers la guérison, vers le retour à l'intégrité. — Toutes les influences dépressives, débilitantes, anémiantes, agissent de même. — A la suite d'un traumatisme, l'amnésie est plus que fréquente, elle est la règle. Son début est brusque elle est souvent totale, et porte sur une période déterminée de temps. Ce qu'elle a de curieux, c'est qu'elle est retrograde et détruit presque toujours le souvenir d'une période de temps antérieure à l'accident. — Les troubles de la mémoire par intoxication sont caractérisés par une première phase d'hypermnésie suivie d'amnésie progressive. L'évolution, la marche et la disparition de l'amnésie sont intimement liées à l'absorption du poison et à son élimination. Dans le somnambulisme l'amnésie est d'une importance capitale. Elle a le

type périodique. Il y a constitution plus ou moins complète de deux vies, de deux intelligences, et partant de deux mémoires. La position prime est accompagnée d'amnésie de la position seconde et *vice versá*. — Quant à l'épilepsie, l'amnésie en est le signe pathognomonique. Elle porte sur la période du vertige épileptique, dont le souvenir est irrévocablement perdu. — Enfin, l'amnésie des idiots, des imbéciles, des crétins, lorsqu'elle existe, ne peut être assimilée à aucune autre. Elle est congénitale, elle n'est pas une perte, mais un défaut de développement de la mémoire. Cependant, ces êtres dégénérés possèdent souvent une mémoire extraordinaire. — La destruction de la mémoire qui est rarement complète, se fait donc d'une façon différente selon les causes. Le retour de la mémoire a lieu quelquefois, mais rarement d'une façon brusque. En général, cette reconstitution se fait lentement et progressivement dans un ordre inverse de celui de l'amnésie progressive. Le malade est souvent obligé de refaire complètement son éducation.— Dans quelques courtes considérations médico-légales, qui terminent sa thèse, M. Rouillard fait remarquer que, sauf pour l'épilepsie et le somnambulisme, l'amnésie n'apporte que peu d'éléments diagnostiques au médecin expert. Il signale d'après Hoffmann la simulation possible de l'amnésie et le moyen de la reconnaître.

B.

JOURNAUX ALLEMANDS

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT

15 août — 15 décembre 1884

Des symptômes névropathique de la lèpre, par P. Rosenbach, de Saint-Pétersbourg. — Il s'agit, non de *lepra tuberosa*, mais de *lepra anaesthetica seu nervorum*. Femme de 25 ans, qui se plaint de la perte de la sensibilité et de la motilité des mains; analgésie complète des membres inférieurs avec conservation de la sensibilité tactile; diminution de la sensibilité à douleur et de la sensibilité tactile des membres

et du visage ; atrophie des petits muscles des deux mains avec troubles de nutrition de la peau et des articulations des doigts; exagération du phénomène du genoux; affection gangréneuse de deux orteils; absence de tout phénomène de paralysie et de trouble de l'équilibre.

L'auteur identifie l'atrophie des muscles de la main, dans cette variété de lèpre, avec l'atrophie musculaire progressive, contrairement à Duchenne (de Boulogne), qui avait cru devoir distinguer ces deux processus pathologiques. L'analgésie complète des extrémités inférieures, avec conservation intacte de la sensibilité tactile, ne permet pas de douter que le sentiment de la douleur a pour condition l'excitation propre de centres nerveux déterminés, en suite d'une excitation externe d'une certaine intensité. On peut ajouter, en faveur de cette hypothèse, que la peau des extrémités inférieures de la malade ne présente aucune modification appréciable, tandis que, dans la région des taches, au dos et sur les extrémités supérieures, où les troubles trophiques de la peau sont constants, la sensibilité tactile est lésée en même temps que la sensibilité à la douleur. On est donc conduit à admettre qu'il existe ici une affection du système nerveux central et en particulier de la moelle épinière, non de la substance blanche, mais de la substance grise, où sont les centres trophiques des tissus lésés chez la malade. Les troubles de nutrition de la peau des extrémités supérieures, du dos de la région des taches, et ceux des muscles et des articulations sont loin d'être rares, d'ailleurs, dans les maladies de la moelle épinière. L'atrophie musculaire progressive est fréquemment accompagnée de troubles trophiques de la peau et de lésions de la sensibilité; au cours de l'ataxie locomotrice, on observe les troubles de nutrition les plus divers. De même dans les affections chroniques et diffuses de la substance grise de la moelle épinière. Il est à noter que les auteurs qui ont décrit ces maladies (Schultze, Westphal, Furstner, Zacher, etc.), remarquent que plusieurs mois après la perte de la sensibilité à la douleur, la sensibilité tactile se trouvait encore intacte. Langhans, Tschirjew, ont signalé des lésions de la substance grise des cornes postérieures de la moelle épinière dans la lèpre anesthésique. Rosenthal a même proposé le nom de *poliomyelitis posterior chronica* pour cette affection de la moelle épinière qui sert de base à la forme anesthésique de la lèpre. L'auteur ne croit pourtant pas les données qu'on possède à ce sujet suffisantes pour

justifier la constitution d'une forme anatomique de cette affection. Bien d'autres lésions viennent d'ailleurs en compliquer le tableau clinique. Il lui paraît plus conforme à la réalité de conclure que la lèpre anesthésique est déterminée par une affection étendue des différentes régions du système nerveux central et en particulier de la substance grise de la moelle épinière.

UN CAS D'HYPERTONIA MUSCULORUM PSEUDOHYPER TROPHICA, PAR A. EULENBOURG. [Abstinence absolue chez un malade atteint de délire systématique (paranoia), par F. SIEMENS.] — Observation d'un grand intérêt, non seulement pour la psychologie et la clinique, mais pour la connaissance des modifications de l'organisme dans l'inanition. Le malade (Carl S., 43 ans) ayant cru trouver de la morve dans une tasse de riz au lait, prit la résolution de ne plus boire ni manger et de mourir de faim, fortifié d'ailleurs dans ses idées délirantes par des voix avec influence électrique. Après douze jours d'abstinence absolue (sans une goutte d'eau), on commença à nourrir le malade avec la sonde œsophagienne; l'effet en fut rapide et excellent.

Un adulte peut donc, conclut l'auteur, supporter, s'il est sain de corps et bien nourri, une abstinence complète de douze jours sans qu'il en résulte un dommage durable; la diminution du poids est alors considérable, 1 kilo 1/6 par jour environ, tandis qu'elle n'est que d'un demi-kilo par jour dans une abstinence plus prolongée, lorsque le malade absorbe des liquides. Dans les derniers jours de ce jeûne absolu, l'albumine se montra en grande quantité dans l'urine. Il n'y eut point d'affection des poumons ni de trouble durable du cœur. Les muqueuses souffrirent naturellement beaucoup du manque d'eau, et quelques articulations furent douloureuses. L'auteur remarque que, contrairement à ce qu'a soutenu P. Rosenbach, l'inanition ne détermine pas de lésions anatomiques dans le cerveau pendant la vie. Dans ce cas d'abstinence, de cause exclusivement psychique, l'état mental du malade ne fut en rien modifié, ni pendant son long jeûne, ni depuis. Le journal, qu'a tenu très exactement ce malade, et dont S. donne des extraits, témoigne que les voix et l'électricité n'ont cessé à aucun moment d'entretenir Carl S... dans son délire.

SOURY.

NOUVELLES

Société médico-psychologique. Prix a décerner en 1886. — *Prix Aubanel.* — Question proposée : « De la coexistence, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale. »

Ce prix est de la valeur de 2,400 francs.

Prix Belhomme. — Ce prix de la valeur de 1,200 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit relatif à l'*idiotie* et de préférence aux *lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie.*

Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valenr de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des dissertations inaugurales soutenues dans les facultés de médecine de France, sur une question de pathologie mentale et nerveuse. —Les mémoires imprimés et les thèses, devront avoir été publiés en 1885.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés, le 31 décembre 1885, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire-général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Par arrêté ministériel M. le Docteur Boudrie médecin adjoint de l'asile des aliénés de Vaucluse a été nommé médecin-directeur de l'asile de Bassens (Savoie).

— Par arrêté préfectoral en date du 10 mars 1885, M. le docteur Brusque a été nommé médecin-adjoint à l'Asile d'aliénés de Vaucluse, en remplacement de M. le docteur Boudrie appelé à d'autres fonctions.

Cours sur les maladies mentales. — Le professeur Ball repris son cours de clinique des maladies mentales à l'Asile Sainte-Anne et le continue les jeudis et dimanches à 10 heures du matin.

— M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière a commencé son cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche 12 avril 1885, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, à neuf heures et demie du matin, et le continue les dimanches suivants, à la même heure.

Des malades sont, autant que possible, présentées aux élèves.

NÉCROLOGIE

Lucas, *Prosper*, est décédé ces jours derniers à Mennecy (Seine-et-Oise), à l'âge de quatre vingt ans.

Né à Saint Brieuc en 1805, reçu docteur en médecine en 1833.

Lucas avait été longtemps médecin de Bicêtre, et de l'Asile Sainte-Anne. Le titre principal de cet aliéniste, distingué est son traité *physiologique et philosophique de l'hérédité naturelle* dans les états de santé et de maladies du système nerveux, 1847 — 1850 2 vol. qui a inspiré de nombreux auteurs venus après lui, et qui a été considéré par E. Littré et par Darwin, comme l'un des travaux les plus importants qui aient paru de nos jours, au point de vue de ces doctrines.

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer. — Avril 85.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

DU DÉLIRE AMBITIEUX

Par B. BALL

Professeur à la Faculté de Médecine

LEÇON FAITE A LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A L'ASILE SAINTE-ANNE

Recueillie par M. le Dr Boyé, chef de clinique adjoint.

MESSIEURS,

Parmi les manifestations psychologiques de la folie, l'une des plus fréquentes est l'exaltation de la personnalité, l'exagération du moi. Cette perturbation mentale, nous la rencontrons dans presque toutes les formes de l'aliénation mentale, mais surtout, comme vous le savez dans la forme expansive de la paralysie générale, où le délire des grandeurs, le sentiment de satisfaction, les idées de richesse, de puissance, de force et de santé physique constituent le fond même du délire, sous une forme incohérente et contradictoire il est vrai, mais dans laquelle nous trouvons le caractère vraiment pathognomonique de la maladie.

Mais en dehors de la folie paralytique et des idées ambitieuses qui peuvent se manifester accidentellement pour ainsi dire, dans le cours d'un grand nombre de maladies mentales de forme et d'origine essentiellement diverses, il existe un trouble spécial de l'intelligence où les idées d'orgueil prennent une telle prépondérance qu'elle constituent le fond même de la maladie, sans se compliquer, même au degré le plus effacé, de ces troubles de la motilité, qui caractérisent la paralysie générale.

C'est la mégalomanie des Allemands, la folie des grandeurs de M. Broc, la folie avec prépondérance des idées de grandeur de M. Foville. Il s'agit là véritablement d'un délire partiel.

Vous connaissez, Messieurs, mes opinions à cet égard, vous savez qu'avec la très grande majorité des aliénistes modernes, j'écarte la pensée de l'existence indépendante de certains troubles intellectuels. La monomanie d'Esquirol a fait son temps, et il n'y a pas lieu de la ressusciter.

Mais il s'agit dans l'espèce d'un délire systématisé primitif, comme diraient les Italiens, d'une idée prépondérante qui règle à son gré l'ensemble du délire, et qui mérite à ce titre une place à part.

Je pourrais, Messieurs, vous présenter à cet égard une description classique; mais j'aime mieux me tenir sur le terrain essentiellement clinique, et consacrer cette conférence à l'histoire de deux malades, choisis parmi les plus intéressants, et vous montrer, chemin faisant, sous quels rapports ils se rapprochent et sous quels rapports ils s'éloignent du type convenu, du cadre didactique.

Le premier des deux malades, dont l'histoire va nous occuper aujourd'hui, mérite à juste titre cet honneur, car c'est assurément l'un des sujets les plus remar-

quables qu'il m'ait jamais été donné de rencontrer, non seulement par la saveur originale de ses idées, mais encore et surtout par l'ampleur de son intelligence.

C'est à un événement des plus vulgaires que je dois l'avantage d'avoir été mis en rapport avec lui.

Dans l'hôtel où il occupait une chambre, quelques jeunes gens paraissent s'être amusés à le persécuter en se livrant à des plaisanteries d'assez mauvais goût à ses dépens. Une nuit ils l'ont brusquement réveillé en faisant mine d'enfoncer sa porte, et le malade, déjà tourmenté par des idées vagues de persécution, s'est cru attaqué par des brigands et leur a brusquement jeté le contenu d'un vase plein d'acide sulfurique, dont il se servait pour exercer son métier de graveur. Traduit pour ce fait devant les tribunaux, il a été l'objet d'une expertise medico-légale, dans laquelle il m'a été facile de reconnaître chez lui un délire des plus exubérants et des plus singuliers. Tel est l'enchainement de circonstances qui l'a conduit à la clinique de Sainte-Anne.

Je vais maintenant vous raconter son histoire, telle du moins qu'elle ressort de ses propres récits; mais pour restituer aux faits leur véritable couleur, je dois vous prévenir que chaque incident de sa vie, amène sur ses lèvres une explosion naïve d'orgueil. Il s'accorde les éloges les plus extraordinaires avec la plus grande bonhomie et la plus parfaite simplicité.

Il est né d'une famille princière. Ses ancêtres étaient princes régents du Tyrol. Je ne trouve point dans mes souvenirs historiques la filiation de cette dynastie, qui n'est probablement qu'une chimère de plus parmi toutes celles que nourrit l'esprit de notre malade.

Depuis longtemps ses ancêtres ont perdu cette haute position par suite de leurs idées libérales. Son grand père, qui habitait l'Alsace, était un simple particulier remarquable seulement par sa grande longévité (il est

mort à quatre-vingt-quinze ans) et par sa fécondité patriarcale; il a eu dix-huit enfants.

Son père, homme extrêmement intelligent au dire de notre sujet, s'est occupé surtout de métallurgie, il a fait de nombreuses découvertes qui ont eu le plus grand retentissement en Europe; il a trouvé entre autre chose l'analyse spectrale, dont les savants allemands contemporains se sont plus tard indûment emparés.

De tous les membres de la famille, c'est le seul dont le sujet parle avec une estime voisine de l'admiration; il n'a pour tous les autres que des paroles sévères, comme vous le verrez bientôt.

Cet homme est mort de bonne heure à la suite d'un accident : il a laissé sept enfants. Son fils, dont nous allons vous retracer l'histoire, a quitté l'Alsace vers l'âge de trois ans pour faire son éducation en Allemagne. Il n'a été qu'à l'école primaire, qu'il a quittée à quatorze ans; mais suivant ses propres expressions « il y a brillé comme une étoile ».

A peine sorti de l'école, son génie s'est montré au grand jour; il a cultivé sans autre secours que ses propres talents, les arts, les sciences et leurs applications. Un jour il entre dans un musée artistique, il y voit une statue de Niobé; il lui vient immédiatement l'idée d'en faire un modèle en plâtre; il y réussit à tel point que l'un des professeurs attachés à l'établissement s'écrie publiquement devant ses auditeurs : « Ce jeune homme a fait en une heure ce que je serais incapable de faire en un mois. »

Messieurs, vous le savez, les professeurs n'ont point l'habitude de s'adresser de mauvais compliments devant leurs élèves. Je suis donc tenté de croire que nous assistons ici à l'amplification naïve de quelques paroles d'encouragement adressées à ce jeune homme par un

maître bienveillant, mais, vous le comprenez, il nous est impossible de contrôler ici l'authenticité des faits.

La critique reprend ses droits à l'égard des découvertes mathématiques de notre sujet, parmi lesquelles il faut ranger la quadrature du cercle. Il a publié, il y a plus de trente ans, ses recherches à cet égard, et il expose encore aujourd'hui son système avec beaucoup de verve et d'originalité.

Rentré en France il y a plus de quarante ans, après avoir voyagé dans diverses parties de l'Europe, il a continué le cours de ses exploits. Il est, nous dit-il, le père de la géologie moderne; il nous expose à cet égard un système qui semble offrir de nombreuses analogies avec celui de M. Elie de Beaumont; mais lorsqu'on cite devant lui le nom de ce savant célébre, il le traite comme un vulgaire intrigant, qui se serait approprié les travaux d'autrui.

Il est l'auteur d'un grand nombre d'inventions mécaniques des plus extraordinaires; il a trouvé le moyen de diriger les ballons. Il aurait récemment découvert un nouveau principe qui doit révolutionner l'art de la navigation. Il a construit un bateau dans lequel il supprime tous les organes extérieurs; le mouvement de propulsion est donné par un jet d'eau qui s'échappe à l'arrière, absolument comme chez les poulpes, que nous voyons dans nos aquariums. Après d'inutiles négociations avec le ministère de la marine, qui n'a point su apprécier le mérite de son invention, il l'a vendue pour trois millions au gouvernement anglais, qui a versé cinq cent mille francs d'arrhes; malheureusement cette somme lui a été dérobée par l'intermédiaire auquel il s'était adressé.

Il a fondé une Société des inventeurs, dans laquelle il jouait le rôle prépondérant. Il était chargé d'examiner toutes les inventions nouvelles, et de dresser un rapport sur le degré de mérite qu'elles présentaient.

Il a trouvé au milieu de ses occupations sans nombre le temps d'approfondir la science des langues ; il a analysé les radicaux de quarante-deux idiomes différents, et ses recherches l'ont conduit à la découverte de la langue universelle. La seule chose qui lui manque à cet égard, est la connaissance de la langue française, qu'il parle assez incorrectement et qu'il écrit sans orthographe. Il est le premier à reconnaître et à déplorer cette lacune.

Mais c'est surtout en archéologie qu'il s'est distingué ; il a trouvé la clef de tous les hiéroglyphes, et spécialement des hiéroglyphes égyptiens. Il nous apprend que l'égyptologie a été fondée par trois hommes, Champollion, de Rougé et lui. Il rend pleinement justice à ses illustres prédécesseurs, mais il s'attribue le mérite d'avoir complété leur œuvre.

Il a passé son temps dans les musées, au Louvre et ailleurs; il a fait des conférences publiques, auxquelles assistait une foule d'auditeurs enthousiastes, venus de toutes les parties du monde. Il compte des admirateurs passionnés parmi les grands de la terre.

Tous ses travaux, toutes ses recherches ont été publiés dans des brochures qu'il faisait imprimer à ses frais et qu'il distribuait gratuitement avec un désintéressement digne d'un véritable savant.

Et cependant cet homme illustre, ce savant applaudi, ce grand artiste se trouve aujourd'hui sans le sou. Lorsqu'on lui demande comment il se fait que tant de travaux et tant de recherches ne l'aient point enrichi, il répond avec beaucoup d'à propos : « Croyez-vous qu'il soit possible de faire des inventions sur commande? On les fait parce qu'on ne peut pas s'en empêcher. » Parole essentiellement vraie et profonde, et qui exprime bien la spontanéité de travail de tous les grands esprits.

Il fallait cependant vivre. Il s'est toujours tiré d'affaire par ses travaux pour les graveurs, pour les orfèvres et pour d'autres commerçants. Il donnait des « consultations » aux inventeurs ; enfin la moyenne de ses bénéfices variait de trois à huit cents francs par semaine. Il aurait pu facilement sur ce chiffre réaliser des économies, mais il a été volé par les uns et les autres, il a secouru des gens, qui n'en valaient pas la peine, en un mot il s'est laissé dépouiller. L'âge est venu, l'imagination s'est refroidie et ses moyens pécuniaires ont baissé. Cependant il lui reste une vraie fortune en espérance. Il a chez lui un ouvrage orné de quatre-vingt planches gravées par lui et dont chacune est un chef-d'œuvre. S'il pouvait le publier, il aurait de quoi vivre tranquille jusqu'à la fin de ses jours : il s'agit seulement de trouver un éditeur.

Les informations, que nous avons prises, nous portent à croire qu'il s'agit ici d'un rêve comme tous ceux qui sont familiers au malade. Il ne paraît jamais avoir été célèbre comme artiste, et nous croyons qu'il a toujours vécu difficilement. Mais ce qui est absolument incontestable, c'est son entier désintéressement. Il méprise la gloire comme il méprise l'argent ; il ne vit absolument que pour ses idées.

Je vous ai tracé le tableau parfaitement véridique d'un beau caractère ; notre homme est un savant désintéressé vivant absolument dans le monde des conceptions scientifiques, insensible aux appâts vulgaires de l'ambition et de l'argent, et doué d'un caractère très bienveillant. Et cependant cet homme excellent est un profond égoïste, comme je vais vous le démontrer maintenant.

Il ne veut point avoir de relations avec sa famille, parce que ces gens, dit-il, font des enfants comme des rats et qu'il ne veut point les avoir à sa charge : il s'est brouillé

depuis de longues années avec une sœur qui vivait à Paris.

Il méprise tous ses parents qu'il appelle des crétins; son père est le seul membre de sa famille dont il parle avec respect. Il mène une vie solitaire et ne veut point avoir d'amis, parce que, dit-il, ce sont des gens faibles et dont il ne faut point s'embarrasser.

Un détail assez curieux de sa vie et qui achève de le peindre, c'est qu'il n'a jamais tiré à la conscription. Il ne faut point en conclure qu'il a voulu se soustraire à un devoir patriotique; mais sa jeunesse s'est passée à l'étranger, et lorsqu'il est rentré en France, personne n'a jamais songé à l'inquiéter. Si donc il n'a jamais paru sous les drapeaux, c'est, comme il le dit très naïvement, parce qu'il n'y a jamais pensé.

Voici donc un vrai savant, un homme qui vit dans un monde idéal, qui n'est préoccupé que de l'étude et du développement de ses idées, qui méprise les honneurs et la fortune, qui n'a point, qui ne veut point avoir de famille ni d'amis, et qui d'ailleurs est pénétré de cet orgueil gigantesque et naïf qu'on retrouve si souvent chez les savants même les plus modestes. Que lui a-t-il manqué pour être un véritable homme de génie? Peut-être une éducation plus complète; peut-être une précision plus grande dans les conceptions intellectuelles; peut-être un degré de plus dans l'énergie cérébrale.

Quant à son délire, il est dominé tout entier par la conviction de sa suprématie intellectuelle. Cette idée, il l'exprime à chaque instant avec un orgueil naïf, qui éclate dans chacune de ses paroles; mais ce qui caractérise surtout son état mental, c'est la tendance à croire qu'il a inventé tout ce dont sa mémoire lui retrace le souvenir. Il a évidemment beaucoup lu, et remaniant à sa façon les notions diverses que lui apportaient ses lectures, il s'attribuait les conceptions générales d'Elie

de Beaumont, les vues de Champollion, les travaux de nos philologues modernes. Il lui manquait ce *phénomène d'arrêt,* qui nous empêche à chaque instant de rouler sur la pente de l'absurde et de nous attribuer les idées qui depuis longtemps sont devenues l'héritage commun du monde scientifique.

Remarquons d'ailleurs que sa naïveté parfaite et son entière bonne foi l'empêchent d'imiter l'exemple de tant d'illustrations modernes, qui présentent très habilement sous un déguisement nouveau les découvertes d'autrui.

Sur ce délire primitif et systématisé dès l'origine, sont venues se greffer quelques idées vagues de persécution ; mais c'est là un trouble intellectuel fort accessoire et qui dérive assez naturellement du premier pour qu'il soit inutile de recourir à l'idée de deux délires juxtaposés. Remarquons seulement que fidèle à ses tendances d'exagération, il veut intenter un procès à tous les gens compromis dans son affaire, et réclamer soixante mille francs de dommages-intérêts à sa propriétaire pour le tort qu'elle lui a causé. Ce n'est donc pas un homme absolument inoffensif.

Je vais maintenant vous montrer un ambitieux vulgaire, qui, s'il vit aussi dans le monde des chimères, a rêvé les honneurs terrestres et les satisfactions de la fortune.

Son histoire est remarquable par le côté mystérieux qu'elle présente. Nous ne connaissons pas en effet le véritable nom de cet homme, dont les antécédents sont restés absolument dans l'ombre. Il dit s'appeler Pierre de Bourbon, fils du duc d'Enghien. Il a été arrêté au moment où il cherchait à renverser une statue de femme qu'il appelait « la Marianne » et qu'il fallait, disait-il, envoyer à Nice pour y être enterrée avec le corps de

Gambetta. Celui-ci, disait-il, a fini, comme il devait finir, par la main d'une femme.

Messieurs, nous rencontrons souvent des aliénés, qui professent des sentiments royalistes, qu'ils interprètent presque toujours à leur profit. Mais tôt ou tard nous arrivons à retrouver leur vraie personnalité; tel prince est un ancien tailleur, tel souverain est un ouvrier boulanger. Un souvenir de leur ancienne condition poursuit ces malades, qui mêlent avec plus ou moins de vraisemblance les réminiscences d'autrefois avec les rêveries du présent.

Rien de pareil ici : depuis le premier jour cet homme ne s'est jamais démenti : et comme il ne reçoit point de visites, nous en sommes réduits aux réponses qu'il a formulées dans l'interrogatoire auquel il a été soumis il y a trois ans par Lasègue.

« Comment vous nommez-vous? » lui dit-on.

« Je m'appelle Pierre. »

« Quels sont vos parents ? »

« Je suis un Bourbon, fils du duc d'Enghien et d'une princesse de Bavière. »

« Quelle est votre profession? »

« Prétendant. »

« Ou êtes-vous né? »

« Aux Tuileries. »

« Où demeurez-vous? »

« Aux Tuileries. »

« Mais ce palais a été incendié sous la commune. »

« Cela est absolument faux, c'est la presse radicale, qui a répandu ce bruit. »

Impossible d'en tirer d'autres renseignements. Nous savons seulement qu'il prétend succéder au comte de Chambord, qui vit toujours, car ce sont les journaux républicains, qui ont répandu la fausse nouvelle de sa mort; qu'il possède une fortune de deux cents millions

déposés à la Banque de France, et qu'il se croit actuellement enfermé comme prisonnier d'état dans un château fort. Cette prison, c'est l'Asile Sainte-Anne.

C'est en vain que nous lui faisons observer que, dans l'ordre de succession légitime, la branche d'Orléans devrait passer avant le duc d'Enghien, il nous répond imperturbablement que Philippe VII est un usurpateur.

Nous constatons sans peine qu'il est un ouvrier. En effet, malgré sa physionomie fine et sa tournure élégante, il a les mains calleuses d'un homme habitué au travail manuel.

Il s'est d'ailleurs soumis sans peine aux règles de la maison, et travaille assidument à l'atelier. Quand on lui demande comment un prince peut s'assujettir à des occupations si peu dignes de lui, il répond : « C'est pour donner le bon exemple à mes sujets. Louis XVI n'a-t-il pas été serrurier? »

Il assiste très régulièrement à la messe, vit en bons termes avec son entourage, et ne varie jamais dans ses prétentions, qu'il soutient avec beaucoup d'esprit et quelque fois avec une véritable éloquence.

Il y a donc ici substitution complète d'une personnalité à une autre.

Il n'est donc pas vrai de dire, avec Spielmann, que la personnalité ancienne subsiste toujours à côté de la nouvelle. Le fait est vrai pour la très grande majorité des fous ambitieux, et surtout pour les persécutés: mais enfin, cette règle générale comporte des exceptions, et je vous en présente une ici.

Comparez à ce type celui d'un autre malade, ancien forgeron qui se dit successeur de Napoléon III. Il a réuni par un ingénieux roman les deux principes opposés. Il est dit-il, le fils naturel de l'Empereur. Or, son fils légitime le prince impérial, ayant péri à la guerre, il est devenu,

lui l'ancien forgeron, l'héritier légitime du trône de « *papa trois* ». Ses droits sont reconnus par l'impératrice : il est en communication constante avec « *maman Eugénie* » qui lui envoie de ses nouvelles à travers les murs.

Sur ce fond, une fois établi, il brode des variations nombreuses : mais comme on le voit, il marie par une transition subtile, son existence ancienne à la condition nouvelle qu'il s'est octroyée.

C'est qu'en effet la puissance logique est le trait caractéristique des vrais mégalomanes. Quelle que soit la déchéance intellectuelle dont ils sont frappés, ils conservent le pouvoir d'enchaîner des idées, ils sont aptes à saisir les moindres contradictions, ils savent coordonner leur délire. C'est un travail raisonné et refléchi, auquel ils apportent toutes les forces de leur intelligence malade. Ils étudient les objections qui peuvent leur être adressées ; ils cherchent d'avance les réponses qui pourront en triompher : ils font à leur ouvrage des additions et des retranchements ; et voilà pourquoi, lorsqu'on entreprend de discuter avec eux, on les trouve armés de pied en cap, inaccessibles à tout raisonnement, et figés pour ainsi dire dans leurs idées fixes. On voit combien les aliénés de cette espèce diffèrent de nos paralytiques, dont l'orgueil naïf se prête aux contradictions les plus visibles, et dont la tenue contraste le plus souvent avec leurs aspirations.

Le mégalomane, au contraire, se compose une attitude en rapport avec le rôle qu'il s'est attribué. Il marche la tête haute : il veut en imposer : il exige le respect, et tout en lui respire un profond orgueil.

Vous avez vu depuis longtemps à la Clinique une vieille dame qui se fait appeler « *la reine Couchet* » ; tel est le titre assez bizarre qu'elle a choisi. Elle prétend descendre d'une reine de ce nom, et en vertu de cette origine illustre, elle veut monter sur le trône de France, pour

faire cesser les malheurs de la patrie; et pour consolider son pouvoir, elle veut épouser le duc de Nemours.

Jusqu'ici, nous ne voyons dans ce délire qu'une manifestation individuelle du type classique de la folie ambitieuse; mais ce qui caractérise essentiellement la reine Couchet, c'est le profond sentiment qu'elle a de sa grandeur. Son air, ses manières, son langage, tout en elle, respire la dignité. Elle se montre préoccupée, avant toutes choses, de tenir son rang. Un jour que plein d'autres soucis, je passais rapidement devant elle, se dressant devant moi, elle me dit : « Depuis quand M. Ball a-t-il oublié de me saluer? » Un autre jour, elle vint se plaindre très vivement qu'elle n'était dans l'asile l'objet d'aucune distinction, et qu'on la traitait « comme tout le monde ».

« Et pourquoi, lui dis-je, vous traiterait-on autrement que vos compagnes? »

« Comment! me dit-elle, ne suis-je pas une reine? »

Par un effet naturel des idées qu'ils nourrissent, les aliénés de ce genre sont d'une libéralité sans borne, en paroles du moins. L'un promet à ses interlocuteurs des places, des honneurs, des dignités, pourvu seulement qu'ils parviennent à le faire mettre en liberté; l'autre se répand en promesses d'argent; il doit faire la fortune de tous ceux qu'il entoure. Ces promesses se soldent généralement en monnaie de singe : mais il n'en est pas toujours ainsi. Trélat cite l'observation d'un aliéné ambitieux et pourvu d'une assez belle fortune, qui s'occupait de toutes sortes d'affaires, et cherchait les gens qui avaient besoin d'argent pour leur en prêter, non par bienveillance, mais par orgueil. Ce genre de délire n'est pas assez commun, me direz-vous. Mais je vous ferai observer que si cet aliéné faisait le bonheur de son entourage, il ne faisait pas celui de sa propre famille.

C'est précisément ici le cas de noter cette antipathie

pour la famille, cette aversion pour les proches, qui règne si souvent chez tous les aliénés, mais plus spécialement chez les ambitieux, même quand ils ne sont pas imbus d'idées de persécution. Un mégalomane, en effet (s'il n'a pas perdu comme Pierre de Bourbon, tout souvenir de son existence antérieure) est gêné par sa famille et ses proches : c'est un parvenu qui rougit de son origine et qui cherche à en écarter les souvenirs importuns.

Nous avons parlé jusqu'ici des ambitieux expansifs, de ceux qui proclament bien haut leur délire et ne cherchent nullement à le dissimuler : mais il est d'autres ambitieux animés d'un profond esprit de réticence, et qui cachent soigneusement leurs conceptions délirantes.

Il faut les surprendre dans un moment d'abandon, et recueillir un aveu qui ne se renouvellera peut-être jamais dans le cours de leur existence. Mais si leur méfiance est difficile à endormir, si elle paralyse l'expression de leurs sentiments intimes, ils n'en sont pas moins attachés à leurs idées fixes, ils n'en sont peut-être que plus obstinés dans leurs convictions insensées, et leur silence ne doit point en imposer à l'observateur.

En dehors de la mégalomanie proprement dite, les idées ambitieuses peuvent se rencontrer dans presque toutes les formes de maladies mentales et plus spécialement chez les faibles d'esprit, chez les fous circulaires à la période d'excitation, enfin chez les persécutés quand l'évolution de leur délire est sorti de sa première phase. Mais en laissant de côté ces états morbides où les idées orgueilleuses viennent se greffer sur un autre tronc, et ne constituent par le fond même du délire, il faut reconnaître qu'il existe une forme spéciale, une espèce morbide distincte dans le cadre psychopathique, dont l'exaltation de l'orgueil constitue la base fondamentale.

Les sujets de ce genre, pour la plupart entachés d'un vice héréditaire, jouissent en général d'une organisation aussi solide au physique qu'au moral. Destinés, pour la plupart, à vivre longtemps, ils ne versent que difficilement dans la démence ; ils conservent pendant de longues années, leurs facultés intellectuelles ; mais par contre ils sont absolument incurables, sauf à la première période, où leurs idées encore flottantes peuvent se modifier. Plus tard il n'est plus temps.

Je vous en ai montré au début de cette conférence deux exemples frappants. S'il faut rendre justice à l'intelligence de ces deux sujets, s'il faut reconnaître que leurs facultés ne semblent offrir aucun amoindrissement, par contre il faut avouer que leur délire semble complètement inguérissable, car il est arrivé à faire partie intégrante de leur organisation.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES TROUBLES DE LA PAROLE

Par M. le Dr J. LUYS

Médecin de l'hôpital de la Charité

Aphasie coïncidant avec des lésions scléreuses bulbaires
Sans lésion destructive de la troisième circonvolution frontale gauche

L'étude des troubles de la parole malgré les nombreux travaux qu'elle a suscités dans ces dernières années présente encore bien des lacunes, et je pense qu'il n'est pas sans intérêt de publier à l'état de matériaux d'attente, des observations précises destinées à montrer les diverses conditions anatomiques qui peuvent concourir à troubler l'harmonie des appareils qui président à l'expression verbale.

Il s'agit dans le cas actuel d'une femme de 61 ans qui frappée il y a trois ans d'une violente congestion cérébrale avec hémiplégie droite passagère fut, à la suite, complètement privée de la faculté de produire des sons phonétiques ; la paralysie motrice à droite ayant peu à peu rétrocédé.

A l'autopsie on ne trouva aucune lésion de la troisième circonvolution frontale gauche, mais on nota des lésions disséminées dans le corps strié et dans les régions avoisinant la troisième frontale, et en même temps des lésions atrophiques dans la protubérance, s'étendant jusque vers la région bulbaire. Les corps olivaires, les régions ambiantes étaient très notablement indurées par des lésions sclérosiques.

La malade dont il est question entra à la Charité salle Saint-Joseph, n° 9, le 1er avril 1885.

— Elle ne put nous fournir aucun renseignement sur ses antécédents. Les yeux étaient très expressifs; elle tirait péniblement la langue hors de la bouche sans parvenir à la sortir complètement, et n'articulait que quelques sons gutturaux sans signification. Les mouvements des mains étaient réguliers; quoique très faibles, néanmoins elle pouvait s'en servir pour prendre ses aliments. La faiblesse était un peu plus marquée à droite. Elle pouvait encore se tenir debout et marcher dans la salle ; pas d'incontinence d'urine ni des matières.

Nous ne pûmes obtenir que des renseignements très incomplets de la part de quelques amis qui vinrent la visiter. — Elle avait eu il y a trois ans une congestion cérébrale, nous a-t-on dit, qui dura quelques semaines, avec excitation et délire. — La phase aiguë de la maladie dura huit jours, et au bout de ce temps on s'aperçut que la malade était frappée de paralysie du côté droit et qu'en même temps elle avait perdu la faculté de parler.

La paralysie disparut insensiblement, mais l'abolition de la faculté de parler persista et dura ainsi sans modifications jusqu'au moment où elle fut amenée à l'hôpital.

Cette malade fut soumise ainsi pendant quelques semaines à notre examen; nous constatâmes un affaiblissement des forces motrices très notable à droite et à gauche, mais cependant sans paralysie proprement dite. La malade paraissait

comprendre par le regard ce qu'on lui disait, mais aucun mot n'était exprimé par elle, et je me suis demandé si elle n'avait pas perdu la faculté de percevoir les sons, tant elle était impassible devant les paroles prononcées à ses oreilles. Elle ne me parut pas être frappée d'anesthésie cutanée lors des explorations que je fis à ce sujet. Elle était profondément triste et incapable de toute réaction spontanée. Peu à peu elle s'alimenta mal, elle avait de la peine à déglutir, et je m'aperçus que les mouvements de déglutition devenaient de plus en plus pénibles et qu'en un mot la paralysie gagnait les muscles du pharynx. Elle s'éteignit ainsi rapidement au bout de trois semaines, par inanition et paralysie progressive.

A l'autopsie. les lobes du cerveau étaient blanchâtres et décolorés ; les circonvolutions du lobe gauche spécialement étudiées au niveau de la troisième frontale ne présentaient aucune lésion apparente.

Seulement, au fond du sillon de séparation de la troisième avec la deuxième frontale existait une petite tache ocreuse du volume d'une lentille et qui attestait la trace d'un ancien foyer hémorragique.

Les autres régions de l'écorce, sauf le coin qui était très notablement atrophié, ne présentaient aucune lésion destructive. L'hémisphère, étudié par coupes verticales successives présentait à considérer dans les noyaux centraux et principalement dans les deux corps striés des traces de petits foyers multiples de nature athéromateuse et dépendant de dégénérescences diverses des parois artérielles.

Au niveau de la face inférieure du noyau extra ventriculaire du corps strié gauche existait un petit foyer aréolaire de la grosseur d'une tête d'épingle.

Nous en constatâmes un autre un peu au-dessus, et dans le point qui correspondait au fond du sillon de la troisième frontale. Les fibres blanches convergentes de la capsule interne de la région correspondante à ce foyer étaient légèrement jaunâtres et mollasses.

Les noyaux jaunes du corps strié correspondant étaient décolorés, blafards et gélatineux comme dans les cas analogues d'anciennes hémiplégies. La substance de la couche optique offrait des nuances rosées et blanchâtres avec inégalité de consistance, et quelques petits foyers pisiformes aréolaires.

A l'examen le lobe droit présenta, au point de vue des replis de l'écorce une conformotion régulière et normale, si ce n'est une atrophie notable du coin avec élargissement de la scissure pariétale interne. — Ce qui me paraît important encore à signaler c'est l'état spécial du corps strié dont le noyau extra ventricu-

lair était criblé de petits foyers pisiformes de nature athéromateuse, à différentes phases d'évolution. — Dans certaines régions, ils se révélaient sous l'aspect de petites taches rougeâtres, dans d'autres sous forme de taches jaunâtres, dans d'autres sous formes de petites cavités aréolaires indiquant ainsi les différentes périodes de la régression de la matière hématique épanchée.

La protubérance présentait sur une coupe horizontale des régions indurées et des régions mollasses indiquant ainsi des résorptions des fibres nerveuses. Çà et là on distinguait pareillement des taches rougeâtres et de petits foyers aréolaires indiquant la nature du même processus dégénératif qui se propageait de haut en bas. Les fibres transversales avaient une coloration jaunâtre intense indiquant l'existence de troubles trophiques anciens.

A la région bulbaire, les fibres des pyramides antérieures étaient mollasses, d'une couleur blafarde, et en même temps les corps olivaires droit et gauche, au toucher étaient fermes et résistants, par le fait d'une induration sclérosique des plus manifestes. — Le cervelet était petit, ratatiné, d'une coloration blafarde. Le corps dentelé du lobe gauche était très notablement congestionné par suite d'une extravasation récente de matière hématique.

En résumé, il s'agit ici d'un cas très net d'aphasie dans le sens strict du mot, chez une femme atteinte d'une impossibilité absolue d'émettre des sons articulés, et chez laquelle la troisième circonvolution cérébrale gauche était intacte. Seulement, les régions sous-jacentes à cette circonvolution, et vraisemblablement les fibres blanches qui en émanent avaient été le siège d'un ancien foyer hémorragique, très peu étendu il est vrai, résorbé en partie, et n'ayant pas causé à la suite des dégâts assez considérables pour expliquer cette impossibilité complète d'articuler des sons. — Ce qui me fait considérer cette lésion comme incapable de produire l'aphasie complète, c'est que l'hémiplégie concomittente, qui avait au début accompagné l'aphasie, avait disparu peu à peu pour faire place à une récupération faible il est vrai, mais réelle des forces motrices.

Il faut donc chercher ailleurs l'explication anatomique de la persistance de l'aphasie sans atrophie de la troi-

sième frontale et je crois pouvoir l'expliquer : 1° Par la simultanéité des lésions du corps strié du côté opposé, — et 2° par la lésion de la protubérance et des régions des hypoglosses.

1° J'ai déjà vu en effet des lésions aphasiques de cet ordre coïncider non pas avec une lésion en foyer localisé dans un noyau du corps strié, mais avec une lésion double des deux corps striés.

Il semble que dans la mise en action des instruments phono-moteurs, l'intrégrité des deux corps striés, comme source d'innervation bilatérale chargée d'innerver les muscles géminés, ceux de la langue, du gosier, du larynx, soit une condition expresse de la production des phénomènes de l'articulation des sons.

2° La lésion de certaines régions de la protubérance, l'existence de noyaux d'induration disséminés le long de la continuité de fibres descendantes de l'encéphale qui vont porter l'innervation volontaire aux différents segments de la moelle (et en particulier aux régions des noyaux des hypoglosses) me paraît être un élément pathogénique bien plus important dans l'explication des symptômes aphasiques.

Il est vraisemblable en effet que cette femme dont le système artériel était très profondément altéré, a eu à un moment donné, une violente congestion cérébrale, il y a trois ans, et qu'en même temps, cette poussée congestive n'était que la manifestation d'un état général, d'une syphilis peut-être, qui se révélait déjà par des formations sclérosiques du côté du bulbe et de la protubérance. — Il y a eu vraisemblablement une double attaque, des formations scléreuses tout d'abord à la région bulbaire, en même temps qu'une poussée congestive avec hémorragie interstitielle s'opérait du côté des régions supérieures de l'axe spinal.

Toujours est-il que la lésion supérieure s'est éteinte peu à peu en permettant une certaine récupération des fonctions motrices, tandis que la lésion fixe a persisté du côté de la protubérance et du bulbe et a amené par sa présence indélébile la pérennité des symptômes, l'aphasie persistante.

Quel que soit le point de vue auquel on puisse se placer pour envisager les rapports des symptômes et des lésions observées, je crois qu'en tout cas, on peut en conclure qu'il existe des cas, — (comme on en a cité d'ailleurs,) — d'aphasie véritable sans lésion destructive de la troisième circonvolution frontale gauche, et qui correspondent à un autre département du système nerveux chargé de traduire les incitations phonomotrices volontaires en sons articulés, c'est-à-dire aux régions bulbaires et protubérantielles qui sont par excellence les régions de parcours des mêmes incitations. — En un mot il faut quelquefois chercher ailleurs que dans les régions frontales le secret de certaines formes, mal définies encore, des troubles de la parole.

MÉDECINE LÉGALE

DÉBILITÉ MENTALE — PERVERSION INTELLECTUELLE ET MORALE — ACTES DE VIOLENCE — ADULTÈRE — RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

Par M. le Dr MOTET

Madame V... a dix-huit ans, elle s'est mariée à 16 ans, elle est mère d'un enfant de onze mois. Elle appartient à une bonne famille, sa situation est aisée; elle a épousé librement un jeune homme qui lui plaisait, tout semblait

devoir lui préparer une existence heureuse. Mais, on avait, comme il arrive trop souvent, tenu trop peu de compte du passé; peut-être même avait-on supposé que le mariage modifierait à la fois le caractère et le tempérament d'une jeune fille d'une constitution nerveuse et chez laquelle des crises hystériques violentes avaient éclaté entre la quatorzième et la quinzième année. Les faits sur lesquels nous avons à donner aujourd'hui notre avis démontrent combien a été grave l'erreur commise.

L'interprétation de ces faits est aussi délicate que difficile : il n'est pas permis de juger l'état de Mme V..., en restreignant l'examen à une seule période de sa vie. Nous étudierons le passé, en remontant aussi loin que nous le permettent des renseignements recueillis à des sources sûres.

Mme V... était, dans son enfance d'une santé assez délicate; sans maladies graves, sans accidents convulsifs, elle était nerveuse, irritable, et de bonne heure on la fit entrer au couvent de Sainte-Clotide, espérant que la discipline du pensionnat assouplirait son caractère difficile. Elle se montra tout aussi rebelle que dans la famille; elle n'était pas inintelligente, mais elle ne travaillait pas, et toujours en faute, elle était un sujet de trouble pour la classe. La sévérité pas plus que la douceur n'avaient de prise sur elle, et la Communauté, alléguant ces motifs, qui, d'ailleurs, n'étaient pas les seuls, ne voulut pas la garder. Mlle B... fut placée au Couvent de la Mère-de-Dieu, elle ne s'y comporta pas mieux, et fut encore rendue à sa famille, qui la fit entrer au pensionnat des dames M... Là, mêmes difficultés, même refus de conserver une élève dont on ne pouvait rien faire; sur les instances de son père on prit patience; il fallut encore renoncer à la garder dans la maison dont elle troublait gravement l'ordre et la discipline.

C'est que Mlle B... n'était pas seulement une enfant paresseuse, turbulente, indocile, elle avait, dès son arrivée au Couvent de Ste-Clotilde manifesté des instincts d'une précoce perversité. Elle se livrait sur ses camarades à des attouchements obscènes, elle avait des idées d'une lubricité rare à son âge, il fallait exercer sur elle une surveillance incessante, de jour et de nuit, défendre contre elle ses jeunes compagnes, et c'est à la suite d'actes de libertinage qu'elle fut trois fois rendue à sa famille.

Mlle B... perdit sa mère, et son père la garda chez lui, sous la direction d'une gouvernante qui, tout âgée qu'elle fût, ne fit preuve ni d'expérience, ni de clairvoyance. L'enfant à douze ans, cherchait sans cesse à échapper à sa surveillance, et n'y réussissait que trop. Elle acheva par la lecture de romans de pervertir une imagination déjà trop éveillée, et la surexcitation intellectuelle et nerveuse aboutit vers la quatorzième année, au moment où la menstruation s'établissait, à des accidents hystériformes d'une intensité telle qu'on put craindre à ce moment qu'elle devint folle. Elle eut des crises convulsives, du délire, resta malade pendant plusieurs mois, dans un état de chloro-anémie profonde. On la conduisit aux eaux de Néris, elle y fut soignée par un médecin des plus distingués, le D[r] de Ranse, dont nous savons l'opinion sur elle. Elle fit aussi un traitement hydrothérapique, et sa santé s'améliora.

C'était une fille fort difficile à garder ; elle avait près de seize ans, elle avait grandi très vite, elle manifestait son désir de se marier au plus tôt; son père, seul, fatigué peut-être d'une surveillance qu'il se sentait impuissant à rendre aussi active qu'il eût été nécessaire, trouva un parti convenable pour sa fille. M. V... fut présenté, agréé par Mlle B.... et le mariage fut conclu.

M. V... nous déclare que pendant tout le temps qu'il

fit sa cour, il ne remarqua rien d'extraordinaire dans la manière d'être de sa fiancée : « elle était très raisonnable, nous dit-il, plutôt sérieuse ; » elle paraissait très heureuse de son prochain mariage, et à aucun moment, elle ne laissa supposer que M. V... ne fût pas de son goût ; elle se décida donc sans contrainte d'aucune sorte.

On partit aussitôt en voyage ; Mme V... arrive à Lyon, et s'y montre d'une excentricité qui étonne son mari. Elle n'avait aucun sentiment de pudeur ; trois jours après son mariage, à Lyon, elle se mettait nue devant une glace, et disait : « n'est-ce pas que je suis jolie », et sur une simple observation que M. V... lui fit, elle s'emporta, s'habilla à la hâte et sortit. Son mari la suivit, elle pressa le pas, et courut sur les bords du Rhône, elle échappa à M. V..., qui, ne la voyant plus, prit le parti de se rendre chez le commissaire de police auquel il conta sa mésaventure et ses craintes. Elle revint dans la soirée, ne chercha pas d'excuses, disant seulement qu'elle était nerveuse, agacée, que c'était fini. Le voyage continua, dans ces conditions ; chaque jour il y avait de nouvelles excentricités, des emportements subits ; à table, à l'hôtel, il arriva souvent que Mme V... d'un revers de main jetait son couvert dans les jambes de ses voisins ; son mari eut à l'excuser auprès d'étrangers moins patients que lui, et il se hâta de rentrer à Paris. On s'installa dans un appartement au boulevard St-Germain. Là, les scènes de violence, les querelles avec les habitants de la maison, la concierge, rendirent le séjour impossible. De guerre lasse, pour échapper à ces scandales incessants, M. V... vint habiter C...

Mme V... devint grosse trois mois après son mariage. Elle en fut d'abord très contrariée, puis elle en prit son parti : elle eut une grossesse des plus faciles, elle accoucha à terme, et se rétablit promptement. Comme elle

avait manifesté le désir de nourrir elle-même son enfant on la laissa faire ; elle avait beaucoup de lait, mais elle se lassa vite de ses soins maternels, elle chercha à supprimer son lait, et se mit à sortir des journées entières. Elle abandonna à peu près complètement l'enfant, et se lança dans une vie de désordre qui ne fût bientôt plus un secret pour personne. A peine, d'ailleurs, gardait-elle quelques apparences vis à vis de son mari ; elle sortait et rentrait à sa guise, n'acceptant aucune observation, faisant des scènes violentes, qui se reproduisaient surtout aux heures des repas. Elle jetait alors les verres, les carafes au travers de la table, et si son mari cherchait à se défendre, elle le frappait, le mordait.

C'est dans l'un de ces moments d'exaspération qu'elle a porté un coup de couteau à son mari.

Il était dix heures du soir. Elle n'était pas rentrée à l'heure du dîner, son mari l'attendait. Il lisait. « Elle arrive dans la salle à manger en chantant, dit M. V... comme pour se moquer de moi. Je savais très bien qu'elle revenait de chez son amant, du reste elle ne s'en cachait plus. Je parus n'y pas faire attention, et ne dis rien. Cela l'irrita, elle se mit en colère, frappa sur la table, et comme je ne bougeais pas, elle s'énerva, prit sur la table un petit couteau à fromage, et le brandit. Je n'y pris pas garde, et restai calme; alors elle se précipita sur moi comme une folle, et me fit une blessure à droite, en arrière, à la base de la poitrine. Elle m'avait dit bien souvent qu'elle me tuerait, mais elle disait tant de choses contradictoires que je n'y faisais pas attention. Je ne sais pas ce qui a pu la détourner de moi ; elle m'accusait de choses infâmes, elle se vantait, d'ailleurs, elle-même, de choses non moins infâmes, qu'elle désavouait ensuite. J'ai surpris dans sa chambre des livres obscènes, que ses amants lui prêtaient sans doute, ou qu'elle achetait. J'ai su qu'elle était allée dans des bras-

series tenues par des femmes. Je crois pouvoir dire que son dévergondage existe plus encore dans l'imagination que dans les sens : elle se plaisait à avoir une mise et une attitude excentriques, elle était heureuse quand on la regardait et qu'on la prenait pour une fille. Quant à des sentiments d'affection, elle n'en a pour personne ; je ne crois pas même qu'elle aime son enfant, elle ne s'en occupait pas, c'en était même honteux. J'ai tout fait pour la retenir, je n'y suis pas parvenu. Son père me disait : « Tâchez de prendre de l'empire sur elle, maîtrisez-là, et envoyez-la moi. » C'est ce que j'ai fait, je la lui ai envoyée, il y a trois mois, elle est allée chez lui et l'a menacé de son revolver ; son père l'a désarmée et m'a rendu l'arme qu'elle m'avait volée. Il n'a aucune influence sur elle, il a dû la mettre à la porte après une scène dans laquelle elle s'est jetée sur lui et l'a mordu au bras. »

Nous avons reproduit, sans y changer un mot, le récit de M. V... Pour ce qui le regarde personnellement M. B... nous l'a confirmé en nous montrant son bras qui porte encore la trace de la morsure que lui a faite sa fille.

A la prison de St-Lazare, Mme V... se présente à nous sans émotion, sans tristesse. Nous la recevons dans le cabinet du Directeur, auquel elle se plaint d'être mal couchée et de n'avoir pu ni dormir, ni manger. Elle n'est pas habituée à cela et demande à être mieux traitée. De sa situation, elle ne paraît pas avoir souci ; et quand nous la prions de vouloir bien nous répondre, elle s'assied nonchalante, sourit à nos questions, et nous dit avec une cynique franchise. « Moi, je suis très violente, très emportée, je ne suis pas foncièrement méchante ; il faut savoir me prendre. Mon mari est un homme brutal, j'étais constamment battue, croyez-vous que ce soit agréable pour une femme ? — Il avait des manières qui

ne me plaisaient pas; il dit que je savais des choses que je n'aurais pas dû savoir. Il y a des chansons de régiment qu'il m'a apprises. — Pour les livres, on m'en prêtait, ou j'en achetais, ce n'est pas difficile à se procurer. Avez-vous lu G....? ce n'est pas plus fort que *Charlot s'amuse*. Il faut avouer que je n'ai pas eu de chance, il y a des femmes qui en font dix fois plus que moi et qu'on n'arrête pas. Si j'ai pris un amoureux c'est bien la faute de mon mari. D'ailleurs, il m'y a autorisée. Je ne veux pas le revoir, mais je veux mon enfant, c'est mon droit; qu'il fasse ce qu'il voudra, je demande le divorce. »

Si nous essayons de maintenir Mme V... dans un ordre d'idées déterminé, elle nous échappe à chaque instant, nous devons la ramener et nous n'obtenons d'elle que des réponses écourtées. Elle se met toujours en scène, affirmant ou niant tour à tour les mêmes faits, posant elle-même des questions, oubliant sans cesse qu'elle est prisonnière, ou si elle s'en souvient c'est pour se plaindre du manque de confort. Pas un regret, pas une expression de sentiment; elle dit n'aimer que son enfant, elle n'a pas fait une démarche pour qu'on le lui amenât, pas écrit une lettre pour en avoir des nouvelles. Rien n'égale le vide de son esprit, si ce n'est celui de son cœur. Elle est d'un égoïsme odieux, d'une coquetterie ridicule; sa vaniteuse sottise ne lui permet pas même de garder vis à vis de nous un peu de réserve, et à propos de nous ne savons plus quelle observation de nous, elle nous dit, en manière d'aphorisme, « les hommes n'aiment que les femmes qui ont du chic » nous savons, d'ailleurs, qu'elle a été très fière qu'on l'ait prise à son arrivée pour une femme entretenue.

Mme V... qui ne peut soutenir une conversation, n'articule pas un fait précis; elle est d'une puérilité qui touche à la niaiserie; elle a en elle-même une confiance

sans bornes, et se croit capable d'arranger sa vie aussitôt qu'elle aura recouvré sa liberté. Elle ne met pas un instant en doute qu'elle triomphera de toutes les difficultés, et s'étonne que nous puissions lui dire que toutes les apparences sont contre elle, que les torts sont de son côté. Elle a agi, dit-elle, dans la plénitude de son droit, et elle coupe court à toute discussion par une phrase qui revient à chaque instant : « Il y a bien des femmes qui en ont fait plus que moi et qu'on n'a pas arrêtées, je n'ai pas eu de chance, voilà tout ».

Nous avons lu ses écrits, vu les dessins qu'elle a faits ; nous retrouvons dans les uns et dans les autres le même dévergondage de sentiments et d'idées, et nous n'avons pu nous empêcher d'établir entre elle et les jeunes gens que nous voyons à la maison d'Éducation correctionnelle une comparaison curieuse. On devine qu'elle a vécu dans un milieu où l'imagination est sans cesse surexcitée, où les appetits génitaux commandent, où les instincts prédominent. Elle a perdu tout sens moral, et pervertie par des lectures, par des dessins obscènes, n'ayant plus rien des pudeurs de la femme, elle a pris les goûts et les allures des débauchés jeunes, chez lesquels toutes les exagérations sont possibles.

Mais, ces perversions chez une jeune femme appartenant à un milieu social où d'ordinaire on ne les rencontre pas, sont une monstruosité, une anomalie. Elles sont le témoignage d'une dégénérescence ; nous devions en nous reférant à une loi de pathologie générale qui pose comme certaine l'existence d'un trouble mental chez les ascendants, rechercher la cause d'une infériorité intellectuelle et morale qui nous apparaît évidente. Nous l'avons trouvée.

Du côté maternel il n'y pas de tare.

Du côté paternel on trouve, un oncle atteint d'aliénation mentale, une tante, la propre sœur de M. B...,

qui a été internée à l'asile Ste-Anne en 1867, et qui est morte folle dans un asile de province en 1882. — Une cousine (la fille de cette aliénée), bizarre, excentrique, ayant avec Mme V.... de nombreux points de ressemblance, et dont on a pu intercepter plusieurs lettres, aussi obscènes que celles écrites par Mme V.... avec laquelle elle était en correspondance suivie.

Le frère de l'inculpée est mort au Sénégal, soldat d'infanterie de marine. — A 19 ans, son père l'avait pris dans sa maison de commerce; d'un esprit fantasque, exalté, il travaillait peu et mal. Un jour son père lui fit une observation, une scène violente s'ensuivit, et, sans vouloir rien entendre, le jeune homme déclara qu'il voulait s'engager. Il fallut céder en présence d'un entêtement invincible. Six mois après, son père supposant que la discipline militaire aurait ramené le calme dans un esprit mal équilibré, alla voir son fils et lui proposa de le reprendre avec lui. Il se heurta à un refus catégorique. Le régiment partit pour le Sénégal, et peu de temps après, le jeune B... succombait, peut-être à des complications cérébrales.

L'hérédité pèse donc lourdement sur cette famille, et Mme V... si elle n'est pas une aliénée confirmée, n'en porte pas moins la marque de la dégénérescence morbide. Elle n'a pas, comme il arrive si souvent, de signes physiques, mais elle a au plus haut point les perversions instinctives et la débilité mentale de certains héréditaires.

Mais les débilités mentales comportent une infinie variété de degrés : entre l'imbécillité confirmée et les simples défaillances de l'esprit, se caractérisant surtout par l'absence de jugement et de raisonnement, il y a place pour des types nombreux, ne différant entre eux que par le degré de conservation d'activité intellectuelle. Mme V .. est loin, malgré toutes les lacunes de son

esprit, la perversion des sentiments, la prédominance des instincts, d'appartenir aux types inférieurs; et si nous ne faisons pas difficulté de reconnaître que la plupart de ses actes sont extravagants, qu'elle obéit à des entraînements que l'abaissement du sens moral, le défaut de jugement et de raisonnement rapprochent des actes impulsifs, nous ne pouvons pas aller jusqu'à dire qu'elle a perdu toute conscience de la valeur morale de ses actes, et qu'elle a été impuissante à les réprimer.

Les violences exercées par elle sur son mari, sont l'épilogue d'une scène qui, à l'intensité près, paraît avoir ressemblé à toutes celles qui l'ont précédée. Nous ne savons pas bien ce qui a pu se passer entre un mari outragé et une femme agressive dans sa tenue, dans ses paroles; mais le choix de l'arme, un couteau à fromage, qui est là sur la table, à portée de la main, exclut toute préméditation, et permet de supposer chez une femme plus que singulière, un accès subit de colère, un paroxysme de fureur, pendant lequel la volonté a pu être subjuguée un instant. Il n'en est pas de même de l'adultère, avoué par Mme V... Il ne nous convient pas d'insister sur des détails qui nous sont connus par elle, par l'instruction. Tout ce que nous avons à dire, c'est que le dévergondage de la conduite n'est pas chez Mme V.... le témoignage de la folie. Il y a eu des précautions prises, on a cherché à échapper à la constatation d'un flagrant délit; que ce soit Mme V... ou son amant qui ait eu l'idée de ces précautions, c'est elle aujourd'hui qui se vante de n'avoir jamais été surprise, et il ne lui est jamais venu à l'esprit de s'excuser en disant qu'elle ne savait pas ce qu'elle faisait, ou qu'elle ne pouvait pas résister aux entraînements qui la sollicitaient.

Pour nous Mme V... n'est pas une aliénée qu'on puisse placer et maintenir dans une maison spéciale.

Sous l'influence de prédispositions héréditaires non douteuses, d'un vice d'organisation cérébrale, elle présente des défectuosités, des déviations intellectuelles et morales, avec un abaissement évident du jugement et du raisonnement qui expliquent la bizarrerie de ses actes, le décousu et le dévergondage de sa conduite, et les défaillances de sa volonté.

Mais, Mme V..., que nous déclarons atteinte de débilité mentale, n'est pas réduite à l'impossibilité absolue de se diriger, elle n'a pas perdu toute conscience de la valeur morale de ses actes, elle est responsable.

Toutefois, nous estimons qu'il est juste, dans l'appréciation du degré de responsabilité qui lui incombe, de tenir compte des conditions d'infériorité intellectuelle et morale que nous avons constatées chez Mme V....

Paris, le avril 18...

Le tribunal acceptant ces conclusions, a condamné Mme V.... à un mois de prison, pour délit d'adultère, et, n'a pas retenu la prévention de coups et blessures.

ATTENTATS A LA PUDEUR

COMMIS PAR UN ALCOOLIQUE

DÉLIRIUM TREMENS POSTÉRIEUR A L'ARRESTATION

Par le Dr E. MARANDON de MONTYEL

Directeur, Médecin en chef de l'Asile public de Dijon

Le 28 mai 1883 je fus requis par M. le juge d'instruction de Dijon à l'effet d'examiner Athanase B... âgé de 33 ans, cordonnier, inculpé d'attentats à la pudeur sur la personne de sa belle-sœur, mineure de douze ans et

qui, depuis un unique interrogatoire, donnait des signes d'aliénation mentale. D'après le récit du gardien-chef de la prison, B... arrêté le 23 mai avait été calme et raisonnable jusqu'au 24 au soir, après son retour de l'instruction. Préoccupé, inquiet, il avait manifesté alors, à plusieurs reprises, l'intention d'écrire à sa femme. Le 25, il n'avait cessé de parler, d'appeler son épouse, sa belle-sœur ; la nuit avait été encore plus mauvaise ; en proie à une grande agitation, l'accusé avait frappé très fort sur la porte de sa cellule en tenant des propos incohérents et, vers le matin, avait réveillé toute la maison par des cris de détresse. Le 26 il avait été plus calme et s'était mêlé à ses co-détenus ; mais vers le soir l'agitation avait éclaté de nouveau avec plus d'intensité et de persistence ; elle était dans toute son acuité quand je me rendis pour la première fois à la prison le 28 au matin.

Je portai mon attention sur l'état physique et sur l'état mental. B.... avait le faciès altéré, les yeux enfoncés sans éclat. Le corps couvert de sueurs, était sans cesse en mouvement et secoué par des tremblements généralisés. Les fibres musculaires, surtout à la face, se contractaient isolément, violemment. La langue était lourde, empâtée, d'où un embarras de la parole. Il n'y avait pas de fièvre à en juger par le toucher. En proie à de nombreuses hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale, l'accusé ne discontinuait de parler. Très incohérent, il passait d'un sujet à un autre, sous l'influence des perversions sensorielles qui semblaient le harceler. En l'écoutant attentivement sans l'interrompre je parvins à saisir les idées qui le dominaient. Ces idées, nées d'hallucinations, offraient ce triple caractère: premièrement d'être toutes possibles. — B... se disait injurié, menacé d'une condamnation à mort ; tourmenté d'une soif intense il se désolait de voir des gens

occupés à se rafraîchir et de ne pas être au nombre des convives; — en second lieu d'être d'une excessive mobilité. — Les hallucinations de l'ouïe passaient sans transition d'un ordre d'idées à un autre ; les hallucinations de la vue se mouvaient; B... voyait des figures grimaçantes qui grandissaient démesurément; il apercevait sur le pavé de sa cellule des globes d'une blancheur éblouissante, il mettait le pied dessus, ils éclataient laissant couler une eau limpide et tout disparaissait quand le malade se précipitait pour étancher sa soif; enfin les perversions sensorielles et les idées consécutives avaient surtout pour objet les occupations ordinaires et les préoccupations du moment, B... était poursuivi par sa femme et principalement par sa belle-mère avec lesquelles il avait d'ordinaire des relations tendues; elles l'injuriaient, l'accablaient de reproches sur sa conduite infâme, lui reprochaient d'avoir non seulement violé sa jeune belle-sœur mais encore de lui avoir donné du mal. Ces deux dernières accusations surexcitaient le prévenu, il affirmait énergiquement contre ses hallucinations que, toujours maître de son organe, il était resté à l'entrée sans pénétrer dans la profondeur et qu'il n'avait point donné du mal à la petite, vu qu'il avait les organes les plus propres de tout l'univers. Il me demandait fréquemment de les visiter pour m'en convaincre.

Si les paroles de l'accusé, en dépit de leur incohérence, me révélaient ainsi la nature de ses hallucinations de la vue et de l'ouïe, ses gestes m'indiquaient aussi un trouble profond de la sensibilité cutanée. Le malheureux secouait ses pantalons, se grattait à chaque instant, agitait par intervalles ses bras et ses jambes comme pour se débarrasser de sensations désagréables.

Après avoir constaté ces diverses particularités par un examen attentif et prolongé, j'entrai en conversation

avec le prévenu. Bien qu'il s'interrompit souvent pour faire face et répondre à des voix qui se jetaient à la traverse de mes questions, il m'était possible de fixer quelquefois son attention et d'obtenir des renseignements sur ce qui se passait en lui. Je n'eus pas de peine à me convaincre que cet homme, n'avait nulle conscience de sa situation mentale; sans doute, quand son attention avait été fortement éveillée sur ce point il trouvait extraordinaires les voix qui le poursuivaient, les visions qui lui passaient sous les yeux, mais il avait pleine confiance dans ses perversions sensorielles et ne se croyait point le jouet de phénomènes hallucinatoires. J'obtins de lui des réponses qui confirmaient ce que mon examen m'avait déjà révélé tout en me fournissant quelques détails complémentaires. Indépendamment des voix, son ouïe était fatiguée par un bourdonnement continu, indépendamment des visions, ses yeux apercevaient les objets réels comme à travers un brouillard. B... se plaignait beaucoup d'éprouver des démangeaisons, des picotements et surtout un chatouillement des plus désagréables entre peau et chair. Je prescrivis du chloral, du vin et une alimentation substantielle, puis je priai le magistrat instructeur de m'adjoindre le Dr Barbier, ancien interne des hôpitaux de Paris et le Dr Deroye, médecin en chef de la prison, car le scandale de cette affaire avait passionné l'opinion publique.

La nuit fut mauvaise, toutefois le 29 à quatre heures, mes deux confrères et moi nous trouvons l'accusé dans un état de notable amélioration. Sans doute les hallucinations quoique moins intenses persistaient encore, les idées se succédaient sans ordre mais il suffisait de fixer l'attention du malade pour permettre à la conscience de se reconnaître. B... se savait fou, chose qu'il ignorait la veille. Livré à lui-même il était l'esclave de ses perversions sensorielles; par contre son esprit, dès qu'il

était tenu en éveil, redevenait son maître. Le même traitement fut continué.

La nuit fut encore mauvaise, mais le 30 l'état était presque satisfaisant ; les hallucinations avaient perdu leur netteté et aussi leur empire sur la pensée. Quand, très atténuées, elles se produisaient encore, l'esprit, quoique impuissant à s'en débarrasser n'était point leur dupe et les appréciait sainement. Il en fut ainsi les quelques jours suivants, puis elles cessèrent complètetement pendant la journée pour se montrer seulement dans l'obscurité de la nuit. Suivant toujours cette même marche décroissante elles ne se produisirent plus que durant le sommeil, occasionnant des cauchemars et des rêves à haute voix. B.... à qui l'alcool avait été rendu petit à petit en fut déshabitué petit à petit par suppression graduelle.

Nous demandâmes le transfert de l'accusé à l'Asile pour le suivre de plus près et le faire surveiller par des gens habitués depuis longtemps à vivre avec des aliénés. Quand B... est arrivé dans l'établissement le 15 juin il était en pleine convalescence et n'avait plus que des insomnies avec troubles sensoriels nocturnes qui se dissipaient graduellement sous l'influence du traitement. A part ces légers troubles, vestiges de la crise survenue à la prison, il ne donna aucun autre signe de folie. Il s'occupait activement à la cordonnerie, répondait avec franchise et netteté à toutes les questions, fournissant sur ses antécédents et sur son affaire des renseignements précieux que j'utiliserai plus loin.

Tels sont les faits dont nous fûmes témoins soit à la prison, soit à l'Asile ; ils ne laissèrent aucun doute dans nos esprits, aussi est-ce sans hésitation que nous affirmâmes que, consécutivement à son arrestation, B... avait été réellement fou durant plusieurs jours d'une attaque de *délirium tremens*. Comment, en effet, aurions-

nous hésité ? Depuis les travaux de M. Magnan chacun sait que le délire alcoolique est un délire spécifique, c'est-à-dire, à caractères généraux et à évolutions fixes suffisantes. Or ces caractères genéraux et cette évolution spéciale se retrouvaient à ce point chez B... que son observation pouvait être considérée comme un cas de *délirium tremens*. Où l'accusé aurait-il acquis une connaissance aussi approfondie de la folie alcoolique aiguë ? Car ce n'est pas seulement le livre de M. Magnan qu'il aurait étudié mais encore le mémoire de M. Voisin sur les idées de grandeur et de satisfaction propres à certains buveurs devenus aliénés ; n'affirmait-il pas qu'il avait les organes génitaux les plus propres de tout l'univers ? Ensuite la déperdition énorme de forces qu'entraîne l'agitation violente, continue et les tremblements généralisés du *délirium* rend impossible sa simulation durant un temps prolongé ; après deux jours d'une telle feinte quel simulateur ne tomberait épuisé ? Enfin, il est un symptôme de cette maladie, symptôme constaté chez B..., qui est au-dessus de toute étude comme de toute énergie, car il échappe absolument à la volonté ; ce sont les contractions fibrillaires des muscles. Le résultat du traitement confirmait encore notre opinion et s'il eût fallu un dernier argument nous l'aurions trouvé dans ce fait que le *délirium tremens* éclate, chez les alcooliques, le plus souvent, à la suite d'une brusque suppression d'alcool ou d'une émotion morale violente ; or B..., qui, de tout temps, avait beaucoup bu, absorbait surtout depuis un an des doses énormes d'eau-de-vie à jeun ; arrêté, mis en prison, à l'émotion violente d'une accusation d'attentats à la pudeur s'était jointe une suppression brusque et absolue d'alcool. Son délirium tremens était pour ainsi dire fatal ; on l'aurait prédit d'avance.

Ce point établi je m'empresserai d'ajouter que si B...

avait été fou, sa folie, postérieure à son arrestation, liée à cette arrestation même qui, au moral, l'avait fortement secoué et au physique l'avait brusquement sevré de son excitant habituel, avait été une folie suraiguë, subite, de courte durée, qui, évidemment, ne préjugeait pas sa responsabilité dans le passé. Ainsi que je l'ai déjà dit, le prévenu, une fois remis des manifestations aiguës du délire alcoolique, n'avait offert aucun état chronique d'aliénation ; il s'était retrouvé parfaitement sain d'esprit et il le fut toujours jusqu'à sa comparution aux assises. Il s'ensuivit que, pour former notre opinion nous dûmes recourir à la procédure, aux renseignements recueillis sur lui, aussi à ses récits et à ses confidences. C'est à l'aide de ces moyens que nous recherchâmes si les habitudes alcooliques qui avaient amené l'explosion du *délirium tremens* après l'arrestation n'avaient pas antérieurement modifié les facultés de l'accusé au point de lui enlever la responsabilité de ses actes.

De l'examen des faits recueillis par l'instruction il ressortait que B... depuis deux ans, avait commis de nombreux attentats à la pudeur sur la personne de Jeanne T... sa belle-sœur, mineure de douze ans ; qu'il n'en avait commis que sur elle malgré les fréqnentes occasions qu'il avait de se trouver seul avec d'autres petites filles; qu'il avait pris toutes les précautions nécessaires pour n'être pas découvert et obtenir le silence de sa jeune victime; enfin que, toujours maître de sa passion et même de son organe, il les pliait à toutes les nécessités. Ces caractères généraux des faits incriminés avaient pour nous une haute importance médico-légale ; à notre avis ils prouvaient que l'accusé n'avait agi ni sous l'influence d'un affaissement intellectuel lui masquant la portée morale et sociale de ses actes, ni sous l'influence d'une perversion du sens

moral l'entraînant à des attentats sur des enfants, ni sous l'influence d'une excitation morbide du système génésique maîtrisant sa volonté. En effet, l'aliéné qui, par destruction ou obtusion de l'intellect, a perdu la notion vraie des devoirs sociaux se conduit comme l'enfant qui ne se cache pas pour faire le mal quand il ignore ce qu'est le mal ; mais prendre de minutieuses précautions pour se dérober aux regards, chercher par tous les moyens à ne rien laisser transpirer de ses actions sera la preuve certaine que l'intelligence loin d'être éteinte, entrevoit toutes les conséquences des choses. Le malade entraîné à des attentats à la pudeur par une perversion morale, par une fascination pathologique et un besoin impérieux d'actes infâmes, est heureux de toutes les occasions qui se présentent, loin d'en dédaigner une, il les cherche et même les provoque. Sans doute, ses facultés intellectuelles intactes lui dévoilent les suites funestes de sa conduite, il rusera, mais pour saisir avidemment l'instant propice ; dès lors le fait de se livrer pendant deux ans et exclusivement sur une mineure à des actes immoraux et anti-sociaux, il est vrai, mais naturels, sera la preuve toute aussi certaine que la perversité n'avait pas dégénéré en perversion. Enfin, le fou transformé en satyre par une excitation génitale irrésistible, ne connaît pas d'obstacles ; quels que soient l'heure, le lieu, la personne, il se satisfait ; aussi être maître de sa passion et à *fortiori* de son organe, choisir son heure et ne pas dépasser dans le plaisir les limites prudentes qu'on s'est fixé d'avance sera-t-il la preuve non moins certaine que le coupable n'était pas subjugué par une révolte morbide des sens. L'application de ces principes aux crimes commis par B..., montrait qu'il n'était, au moment de leur accomplissement ni un affaibli intellectuel ni un pervers moral ni un satyriasique. Voici les faits.

Vers la fin d'avril 1883, madame Bo.., voisine du prévenu, entra brusquement chez lui pour emprunter un outil. B... était assis près de son établi tenant sa petite belle-sœur, Jeanne T... sur ses genoux, le corps rapproché de lui. L'enfant avait les jupes retroussées, l'homme les mains passées dessous. En apercevant madame Bo.., B... rougit et posa précipitamment par terre la petite qui était devenue pâle et avait les larmes aux yeux. A ce moment madame Bo . vit à nu le membre viril de l'accusé. On se sépara sans rien dire. B... ne s'est-il pas conduit dans cette circonstance comme un individu conscient de sa faute, surpris en flagrant délit? La rougeur qui couvrit son visage, sa précipitation à déposer l'enfant, le silence qui suivit, silence dû à l'émotion et à l'embarras, sont des témoignages précieux qui établissent combien était appréciée la gravité de la faute. A partir de cette surprise, B... chercha à intimider madame Bo..; il se montra violent et agressif à son égard ; il l'insultait et une fois même il voulut la frapper.

Jeanne T... a confirmé le récit de la voisine et a fourni à l'instruction des renseignements précis dont presque tous ont été reconnus vrais par le prévenu. Depuis près de deux ans B... la tourmentait et l'entraînait à des actes immoraux. Le plus souvent il la mettait à cheval sur lui, lui relevait les jupes et plaçait son membre viril à l'entrée de la vulve; jamais il n'a essayé de pénétrer dans le vagin. Ces précautions prudentes expliquent comment l'enfant n'avait pas eu de désordres inflammatoires aux organes génitaux et le résultat négatif d'un examen médical. Quand le frottement entre les lèvres avait amené l'éjaculation, B... avait grand soin que le sperme ne mouillât pas la chemise de sa victime, il s'empressait de l'essuyer avec son mouchoir. «J'agissais ainsi, nous a-t-il dit souvent,

pour ne pas être découvert ». D'autres fois, suivant le récit de Jeanne T..., il la ployait devant une chaise ou la mettait à plat ventre contre un lit, puis relevant les jupes en arrière il la mouillait entre les fesses, une fois même il lui aurait, selon ses propres expressions, donné un gros coup de son affaire dans le derrière. B... niait avec énergie ces tentatives de pédérastie. Il reconnaissait que souvent il avait utilisé l'une et l'autre des deux positions postérieures indiquées par la victime mais disait-il : « Ce n'était pas pour me servir de l'anus ou des fesses ; en passant mon membre viril d'arrière en avant il m'était plus facile de ne pas franchir les lèvres. Je m'exposais moins ainsi à violer la petite ». B..., devait dire vrai ; il a été avec nous d'une grande franchise. Ses organes génitaux et son anus ne portaient aucune trace de pédérastie active ou passive. Son explication, très rationnelle, est corroborée par ses précautions ordinaires. L'enfant a pu mal interpréter ce qui se passait.

Si l'accusé, au moment même de l'accomplissement des attentats prenait de tels soins pour ne laisser aucune trace d'actes qu'incontestablement il jugeait criminels puisqu'il trouvait si nécessaire de les tenir cachés et s'il était maître à ce point de sa passion qu'au paroxysme de la volupté il imposait des limites à son plaisir, il choisissait aussi les occasions. Quand sa femme et sa belle-mère étaient à la maison, il ne se trahissait pas ; il patientait; preuve incontestable de l'indépendance de sa volonté. De même quand l'enfant fit sa première communion en mai 1882, il la respecta durant plusieurs mois, sage précaution qui montrait encore jusqu'à quel point l'accusé était libre de refréner ses instincts ou de les satisfaire.

B... pour agir, ne se bornait pas à attendre d'être seul avec Jeanne ; il la conduisait dans la chambre la

plus reculée de la maison. Quand madame Bo.. les a surpris ils faisaient mal dans l'atelier pour la première fois. Jeanne T... interrogée par nous sur ce point nous a affirmé que jamais avant ce jour B... n'avait eu l'imprudence de s'exposer ainsi et qu'elle avait été étonnée de n'être pas menée comme d'habitude dans la chambre du fond. Quant à l'accusé il soutenait n'avoir jamais commis d'attentat devant son établi et déclarait calomnieux le récit de madame Bo.. : « Si j'avais fait ça avec la petite, disait-il, dans la première chambre, la porte non fermée à clef, j'aurais été fou. J'avais toujours soin de passer dans la seconde chambre pour ne pas être découvert. Le jour où madame Bo.. nous a vus je cherchais à Jeanne une puce sur l'estomac. » Cette version était erronée car madame Bo.. avait vu le corsage de Jeanne boutonné, et celle-ci confirmait sa déposition. B..., je l'ai déjà dit, a été avec nous très franc, il ne nous a rien caché ; avouant les autres attentats, il n'avait aucun intérêt à dissimuler le seul accompli dans des conditions à mettre en doute sa responsabilité. S'il le niait c'est qu'il ne s'en souvenait pas. Cet attentat différait donc des autres tant par l'imprudence commise que par la perte du souvenir. Nous nous sommes dès lors demandés s'il n avait pas été consommé pendant l'ivresse, bien que la conduite de l'accusé à l'arrivée de madame Bo.. semblait indiquer le contraire, mais alors même qu'il en aurait été ainsi de celui-là, tous ceux qui l'avaient précédé ou suivi avaient été dissimulés par de minutieuses précautions qui prouvaient l'état conscient du coupable.

Il ne suffisait pas à B... de n'être ni vu ni trahi par des désordres matériels ou des traces de sperme, il lui importait beaucoup que sa victime ne parlât pas. Pour obtenir son silence il avait recours à des moyens qui, eux aussi, établissent combien il comprenait la portée

de ses actes, quel prix il attachait à la discrétion de Jeanne. Il frappait d'une main et caressait de l'autre. Sa conduite vis-à-vis d'elle était violente, il était pour elle comme un tigre, a dit un témoin, mais de temps à autre il lui procurait des douceurs, il lui donnait des sous. Crainte et gourmandise, il la tenait par là. Il est certain que Jeanne le redoutait beaucoup et tandis que B... craignait que sa femme et sa belle-mère travaillassent à domicile, l'enfant ne demandait qu'à vivre sous un autre toit. Malgré cette terreur de Jeanne il semblait toujours craindre qu'elle ne parlât. Il lui défendait de s'amuser avec les petites filles de son âge, chassait loin de la maison les gamines du voisinage et s'inquiétait quand sa belle-sœur restait longtemps en course. En présence de telles habiletés et de telles inquiétudes comment aurions-nous contesté à cet homme la notion morale de ses actes? Comment l'aurions-nous considéré comme ayant agi sous l'influence d'un affaiblissement ou d'une obtusion de l'intellect? Certainement B... buvait, son caractère, au dire de sa femme, était devenu irritable et violent, il était moins bon ouvrier que par le passé, ses discours n'avaient plus la même netteté, sa mémoire diminuait, cela est possible, car ces lacunes sont la conséquence presque forcée d'excès habituels de boissons; mais la conduite de l'accusé prouvait, ainsi que j'ai essayé de le montrer, que ces désordres en admettant leur existence ne constituaient pas un état d'affaiblissement intellectuel entraînant l'inconscience des actes et, partant, l'irresponsabilité. Au moment de son arrestation, ajouterai-je, il donnait une fois de plus la preuve qu'il se savait coupable. «Vous voulez donc me faire mettre en prison?» s'écriait-il en apprenant qu'il était dénoncé. Il était onze heures du soir, il se leva et à moitié habillé se réfugia chez un ami. Quand les gendarmes arrivèrent il supplia son camarade de le cacher.

D'un autre côté B..., s'il l'avait désiré, aurait eu des facilités pour attirer les petites amies de Jeanne. En fait, il s'est trouvé plusieurs fois seul avec l'une ou l'autre d'elles, tandis que sa belle-sœur allait en commissions ; jamais il n'a été coupable d'aucune familiarité. C'est Jeanne seule qu'il recherchait, c'est elle qu'il avait plaisir à souiller ; sa passion n'admettait pas le partage. Madame B..., d'ailleurs, interrogée par nous sur les rapports conjugaux avec son mari nous, certifiait n'avoir remarqué aucun changement. B... n'avait pas éprouvé un besoin plus ardent de se satisfaire ni n'avait réclamé des complaisances nouvelles. Elle qui partageait chaque nuit sa couche et qui, la première, aurait dù constater l'état maladif de son époux si une perversion morale ou une excitation pathologique des sens l'avait aiguillonné, ne se doutait de rien. Un aliéné, atteint de l'une de ces deux maladies mentales serait-il resté à côté d'une femme aussi semblablo à lui-même ?

Toutes ces considérations nous convainquirent que les crimes de l'accusé ne se justifiaient ni par un affaiblissement intellectuel ni par une perversion morale ni par une excitation pathologique du sens génésique ; il nous restait à rechercher s'ils n'avaient pas eté la conséquence des hallucinations ou d'un délire. La franchise de B..., nous permit de résoudre vite par la négative cette dernière hypothèse : « Depuis longtemps, nous a-t-il dit, j'abuse des liqueurs fortes. Dans ma famille presque tous les hommes boivent. Mon père était buveur, un de mes frères est mort à Bicêtre rendu fou par la boisson, un autre de mes frères qui habite Dijon s'enivre beaucoup. Je n'ai jamais été malade d'esprit qu'à la prison ; c'est la première fois que je voyais et que j'entendais des choses. Depuis un an j'étais devenu très irritable, voilà tout ; un rien me mettait dans de grandes colères. A Paris, en 1869, je prenais beaucoup d'ab-

sinthe et je devins épileptique ; je tombais en perdant connaissance, j'avais des convulsions ensuite ; quand je revenais à moi j'étais comme abruti ne comprenant pas ce qui s'était passé. Mon frère, attribuant ce mal à l'absinthe, m'engagea à n'en plus prendre, je suivis ses conseils et je ne tardai pas à me guérir. Depuis je me suis remis à l'absinthe, mais je n'en prends plus guère qu'une fois par jour, deux fois au plus, dans tous les cas infiniment moins qu'autrefois, mes attaques n'ont plus reparu. Quant aux attentats que j'ai commis sur Jeanne T.... ma belle-sœur, la faute en est à ma femme qui me trompe et me rend très malheureux. Elle était très froide à mon égard, je ne me satisfaisais pas avec elle comme j'aurais voulu. D'un autre côté, je n'avais pas de maîtresse, la petite rôdait sans cesse autour de moi, me taquinait, me demandait de lui chercher ses puces. Bien qu'âgée seulement de douze ans, elle était bien formée, j'en ai eu envie ; nous étions presque toujours seuls ensemble, j'ai cédé. Si ma femme avait été pour moi ce qu'elle devait être, pareille chose ne serait jamais arrivée. »

Ce n'était dès lors sous l'influence ni d'hallucinations ni d'un délire que les crimes avaient été commis. Les accusations de B... contre sa femme n'étaient pas imaginaires, elles étaient fondées. Deux fois madame B... avait abandonné le domicile conjugal pour suivre des amants; elle avait été condamnée pour adultère ; si elle subissait son mari, elle n'avait pour lui aucune prévenance, elle-même le reconnaissait. L'épilepsie contractée par l'abus de l'absinthe, guérie par suppression de la cause ainsi que l'enseigne M. Magnan, n'était pour rien dans l'affaire actuelle. Les causes des attentats étaient essentiellemeni physiologiques et relevaient de l'appréciation du jury, non de la pathologie mentale : un besoin incomplètement satisfait par l'épouse légitime, une ten-

tation née d'une promiscuité constante avec une enfant précocement développée, des occasions trop nombreuses de satisfaire un désir criminel. Je le répète, il n'y avait là rien de morbide.

B... n'ayant pas été aliéné au moment où il attentait à la pudeur de sa belle-sœur mineure, nous n'avons pas eu à discuter chez lui l'hérédité de l'alcoolisme. Si nous avions conclu à l'irresponsabilité pour folie alcoolique, il eut été prudent de notre part de soulever cette question et de rechercher si les habitudes vicieuses du père n'avaient pas engendré celle du fils, car beaucoup de magistrats réclament avec énergie la condamnation des alcooliques aliénés sous prétexte qu'irresponsables, il est vrai dans les effets, ils sont responsables dans la cause. Quoiqu'il en soit de cette doctrine, dont la discussion exigerait de longs développements peu à leur place dans ce mémoire, nous n'avons pas eu à la traiter et nous nous sommes bornés aux deux conclusions suivantes :

1° Athanase B..., sous l'influence de l'émotion de son arrestation et de la brusque suppression de l'alcool auquel son organisme était depuis longtemps habitué, a eu, à la prison, une crise de *délirium tremens*, folie suraiguë, subite, de courte durée, postérieure à son emprisonnement et qui ne préjuge en rien sa responsabilité dans le passé.

2° Athanase B... n'était pas aliéné quand il a commis sur Jeanne T... sa belle-sœur, mineure de douze ans, les attentats à la pudeur qui lui sont reprochés.

B... a comparu aux assises de la Côte-d'Or le 22 août. J'ai soutenu les conclusions de mon rapport et après une brillante plaidoirie de son défenseur je fus prié par le président des assises de répondre à la thèse qu'il avait soutenue. L'avocat, avec une grande habileté de langage s'était efforcé d'établir que depuis 1869 l'accusé

était resté épileptique, que par honte il avait dissimulé son mal à tout le monde et que les attentats avaient été commis sous l'influence d'une perversion instinctive due à l'épilepsie. Il ne me fut pas difficile de démontrer aux jurés que cette opinion était battue en brèche par tous les faits de la cause. Ils rendirent un verdict de culpabilité avec circonstances atténuantes et la Cour a condamné B... à trois ans d'emprisonnement.

DES INJECTIONS HYPODERMIQUES D'ERGOTINE

DANS LE TRAITEMENT

DES ATTAQUES CONGESTIVES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. le Dr G. DESCOURTIS

Médecin adjoint à la Maison de santé d'Ivry

La fréquence et la gravité des attaques congestives, épileptiformes ou apoplectiformes, survenant dans le cours de la paralysie générale, sont connues de tous les médecins aliénistes. La thérapeutique est le plus souvent impuissante à en arrêter la marche, et elle n'exerce sur elles qu'une influence palliative. Il n'est donc pas sans intérêt d'indiquer un nouveau mode de traitement, qui nous a donné dans certains cas des résultats surprenants, et dont l'emploi est des plus simples. Nous voulons parler des injections sous-cutanées d'ergotine.

Déjà, dans un excellent travail publié par le docteur Girma (1), notre distingué confrère signalait les avantages de l'ergotine administrée en potion, d'une façon continue, pour combattre l'hypérémie cérébrale des

(1) Des effets physiologiques et thérapeutiques de l'ergotine dans les troubles congestifs de la paralysie générale. — L'*Encéphale* 1884, p. 160.

paralytiques généraux, et divers troubles fonctionnels qui en sont la conséquence. Bien plus, il montrait que l'ergotine constitue un sédatif puissant, capable de prévenir les attaques apoplectiformes ou épileptiformes, ou tout au moins d'en atténuer les effets. C'est ce que nous avons pu également constater, en poursuivant les mêmes recherches sous la direction de M. Luys. Mais si l'ergotine, administrée en potion, est capable de prévenir jusqu'à un certain point les attaques congestives, elle devient sans prise sur elles, dès qu'elles se sont produites à cause de l'impossibilité où l'on se trouve de rien faire avaler au malade. Il est donc nécessaire d'employer un autre procédé, pour l'administration de cet agent, et la méthode hypodermique nous a semblé réunir tous les avantages. Cependant la nouveauté du procédé nous engageait à une prudente réserve et nous avons attendu pour l'employer, qu'une occasion se présentât, où tout espoir de réussir par les moyens ordinaires semblât perdu. Le résultat obtenu dépassa nos espérances ; nous avons persévéré dans la même voie, et toujours nous avons eu à nous en féliciter. Ce sont ces observations dont nous rappellerons les traits principaux, en les faisant suivre de quelques commentaires. La première est des plus intéressantes.

Observation I. — M. Gustave Sor., âgé de 42 ans, était entré à Ivry le 29 juin 1882, avec des accidents cérébraux graves qui avaient fait craindre une méningite. Un traitement antiphlogistique avait beaucoup amélioré son état; et il n'avait gardé ensuite que des hallucinations et des illusions de l'ouïe, des idées vagues de persécution, des sensations hypochondriaques, de l'incontinence d'urine revenant par intervalles, de la parésie du côté gauche du corps, et une dilatation pupillaire plus marquée de ce même côté; enfin l'affaiblissement des facultés intellectuelles était très notable, il y avait du tremblement des membres et un peu d'embarras de la parole. C'est alors (4 juillet) qu'on lui administra de la solution d'ergotine Yvon, en potion, à la dose de 2 grammes, puis de 3 grammes par jour,

jusqu'au 8 septembre; et tous les symptômes diminuèrent peu à peu d'intensité. — Le 3 novembre, c'est-à-dire environ deux mois après la cessation du traitement par l'ergotine survinrent deux attaques épileptiformes, l'une le matin, l'autre le soir. Elles furent très brèves et restèrent isolées, ressemblant à des attaques d'épilepsie pure. Ainsi que le faisait remarquer le docteur Girma (1), elles étaient défigurées, pour ainsi dire, et surtout atténuées, par le fait de la médication qui n'avait été suspendue que cinq semaines auparavant, et qui avait laissé l'organisme dans des conditions plus favorables pour lutter contre les causes morbides de la congestion. Mais l'effet de l'ergotine ne devait pas se prolonger indéfiniment. Le 22 décembre 1883, dès 10 heures du matin, nous trouvons le malade très congestionné. Il reconnait à peine les personnes et tient des propos sans suite. — Il a passé une mauvaise nuit, a été agité, et tourmenté par des hallucinations. Le pouls bat 80 fois par minute; la peau est chaude. Nous recommandons le repos au lit, des révulsifs au jambes, et l'application de compresses imbibées d'eau froide sur la tête. — A midi éclatent de violentes convulsions généralisées, avec prédominance du côté gauche, primitivement atteint. Elles sont subintrantes, et se succèdent à moins de trois minutes d'intervalle. — Pouls à 148, chaleur mordicante de la peau. — La situation nous paraît très grave, et, les moyens ordinaires restant sans efficacité, nous nous décidons à employer l'ergotine, en injections sous-cutanées. Nous administrons d'emblée 4 centimètres cubes de la solution d'ergotine Yvon; mais les convulsions persistent et se succèdent avec la même rapidité. — A une heure, injection de 2 grammes d'ergot (2). Les attaques persistent, toujours très violentes et aussi rapprochées. — A deux heures environ, elles cessent tout à coup et ne reparaissent plus, mais l'état congestif reste le même, et le malade ne sort pas du coma. — A 4 heures, la situation ne s'est pas modifiée; coma; peau brûlante; 120 pulsations; phénomènes de congestion intense. Le malade nous semble toujours menacé de convulsions, et nous pratiquons l'injection de 4 grammes d'ergot. — A 9 heures et demie du soir, il est encore dans le coma, moins congestionné cependant. Le pouls, moins plein, moins tendu, bat 80 fois par minute. Injection de 2 grammes d'ergot. — Le lendemain, 23 décembre, il reste beaucoup d'obscurcissement de l'intelligence. Le malade ne sort que lentement de son état comateux.

(1) La première partie de cette observation a figuré dans le travail de M. Girma. *Encéphale*, 1884, p. 175.

(2) Chaque centimètre cube de la solution d'ergotine Yvon représentant 1 gramme d'ergot de seigle, nous ne ferons mention que de la quantité d'ergot équivalente, pour abréger.

Il a des hoquets, des baillements, fait des mouvements des bras, et ce n'est que plusieurs jours plus tard qu'il revient à peu près à ce qu'il était auparavant. — A la suite de ces attaques, on continua l'administration de l'ergotine en potion. Le malade conserva seulement une faiblesse plus marquée du côté gauche, et ne garda aucun souvenir de ce qui s'était passé pendant plusieurs jours. — Plus tard, les symptômes psychiques et stomatiques, notés durant son séjour, diminuèrent peu à peu d'intensité. Il demanda à quitter la maison de santé, et sa famille le reprit le 2 mai 1884, dans un état d'amélioration très-notable, qui promettait une rémission d'une certaine durée.

En somme, ce malade a été pris d'attaques épileptiformes d'une violence extrême; elles se sont suivies avec une telle rapidité (plus de 40 en deux heures), et l'état général s'est montré d'emblée si grave, que nous nous sommes cru autorisé à faire une tentative désespérée, et à administrer jusqu'à 12 grammes d'ergot en moins de dix heures. Les convulsions ont été arrêtées, et les injections sous-cutanées n'ont déterminé aucun accident, ni local ni général. (1) Bien plus, le malade a pu sortir en état de rémission, quatre mois plus tard, après avoir continué son traitement par l'ergotine administrée en potion. — C'était un encouragement à poursuivre les mêmes recherches

Observation II. — M. Théophile A... a été placé d'office à la maison de santé, le 5 novembre 1882. Il était malade depuis plusieurs mois, et présentait alors un délire ambitieux des plus accusés, de l embarras de la parole, du tremblement, et tous les signes d'une paralysie générale avérée. Depuis cette époque, la maladie s'aggrava peu à peu. Au mois de février 1883, l'agitation devint plus vive, et l'on eut recours à la solution d'ergotine administrée en potion, à la dose de 1 gramme, puis de 2, 4 et 6 grammes, pour descendre ensuite à 3 grammes par jour. Sous l'influence de ce régime, continué presque sans interruption pendant environ une année, l'excitation devint moins violente et la tendance aux congestions fut diminuée. Toutefois on put

(1) La solution d'ergotine Yvon est celle que nous avons préférée, et nous avons toujours fait les injections dans un endroit abondamment pourvu de tissu cellulaire, et au milieu de ce tissu ; c'était, autant de possible, à la cuisse.

observer un fait remarquable, c'est que lorsqu'on essayait de supprimer l'ergotine, l'excitation et les phénomènes congestifs devenaient plus intenses. — A partir du mois de janvier 1884, époque où l'on suspendit l'administration de l'ergotine, la maladie fit des progrès lents mais continus, et sans périodes d'acuité extrême. Les facultés intellectuelles s'éteignirent peu à peu, et les forces physiques subirent une déchéance parallèle.

Le 29 juillet 1884, M. A... présente pendant la matinée quelques secousses des membres, avec signes manifestes de congestion cérébrale. On le met au lit, et on lui applique des compresses imbibées d'eau froide sur la tête et des révulsifs aux jambes. — A 10 heures du matin, survient une attaque, avec mouvements convulsifs prédominant à gauche; rotation de la tête et des yeux du même côté. Le pouls marque 132 battements; la peau est chaude. Nous injectons 4 grammes d'ergot. — A 1 heure, se produit une seconde attaque, identique à la première. — A 2 heures, injection de 2 grammes d'ergot. — A 2 h. 25, troisième attaque, avec les mêmes caractères que précédemment. — A 5 h. et demie, surviennent des vomissements. — A 7 h. et demie, les symptômes congestifs persistent. Le pouls est cependant plus petit: il bat 132 fois par minute. Nous faisons une injection de 2 grammes d'ergot. — Peu après se produit une attaque épileptiforme, plus violente que les autres, et dans laquelle les mouvements sont accusés surtout à droite, avec déviation de la tête et des yeux du même côté. — A 8 h., nouveaux vomissements. — A 10 h. et demie, le pouls est tombé à 92. Le malade revient un peu à lui. Par mesure de précaution, nous injectons 2 gr. d'ergot. — Puis la nuit est calme; il n'y a pas de convulsions. — Le lendemain soir, le malade était dans le même état que les jours précédents. — En somme, il avait eu 4 attaques reliées entre elles par un état comateux. Nous lui avons injecté 10 grammes d'ergot, et il a traversé sans peine cette période de crise. On a seulement observé quelques vomissements, qui ne peuvent guère être imputés aux injections, car ils ne sont pas rares dans les troubles congestifs du système nerveux central.

Le 10 septembre 1884, M. A... présente, dès 8 heures du matin, des tics et des mouvements convulsifs des muscles de la face, du côté gauche. Il paraît très congestionné. — A 10 heures et demie, nous lui injectons 2 gr. d'ergot. — A 11 heures et demie, le même état persiste. Injection de 2 gr. — A 3 heures il n'y a aucun changement. Nouvelle injection de 2 gr. Puis la congestion diminue d'intensité. Les convulsions deviennent également plus faibles, et cessent tout à fait au milieu de la nuit. Le malade reste abattu, somnolent, et cet état se pour-

suit pendant une partie du jour suivant; enfin il revient à son état antérieur.

Le 21 décembre 1884, M. A... est encore pris d'une attaque épileptiforme, à 7 h. et demie du matin. Le corps est agité de mouvements convulsifs à légère amplitude, accusés surtout aux membres supérieurs, et plus spécialement du côté droit. En même temps, il y a rotation de la tête et des yeux du côté correspondant. Arrivé après l'attaque, nous trouvons le malade dans un état comateux; le pouls, plein, vibrant, bat 136 fois par minute. Nous faisons une injection sous-cutanée de 4 gr. d'ergot. — A 9 heures, le pouls conserve les mêmes caractères; 132 pulsations. Nouvelle injection de 2 grammes. — A 9 heures et demie, seconde attaque identique à la première. — A 10 heures, troisième attaque semblable aux précédentes. Dans l'intervalle de ces attaques, les yeux sont fermés, et le membre supérieur droit est agité de mouvements convulsifs à petites oscillations. La tête est légèrement déviée à droite, ainsi que les globes oculaires. L'anesthésie est absolue. Il y a une tendance des membres à conserver la position qui leur est donnée, simulant ainsi une sorte de catalepsie. A 11 heures, nous constatons toujours le même état. Le pouls est plus faible, et tombé à 112. — A 2 heures et demie survient une quatrième attaque, plus forte que les autres, dans laquelle les yeux et la tête sont déviés à gauche, avec prédominance des mouvements convulsifs du côté gauche du corps. Injection de 2 grammes d'ergot. — A 3 heures et quart, cinquième attaque, ressemblant aux précédentes, avec convulsions du côté droit. — A 9 heures du soir, nous trouvons le malade ayant les yeux ouverts, sans déviation. Il n'y a plus de convulsions des membres, mais le pouls, petit, reste à 132. La température est de 38° 2. Injection de 2 grammes d'ergot. — A 11 heures et demie, surviennent quelques mouvements convulsifs du côté droit, puis tout rentre dans l'ordre. — Le lendemain, toute trace de congestion a disparu. Le malade est revenu à son état antérieur, sauf une grande faiblesse qui se dissipe les jours suivants.

Le 4 mars 1885, M. A... paraît sombre, absorbé; sa face est rouge, et nous craignons des phénomènes de congestion; d'autant plus que depuis la veille on a remarqué un changement notable dans son caractère. — A 10 heures et demie, nous constatons que le mouvement fluxionnaire a augmenté. La figure est hébétée, les yeux sont fixes et brillants; le malade peut à peine se tenir sur son fauteuil, et tout nous annonce une nouvelle série d'attaques. Pour les prévenir, nous le faisons coucher avec révulsifs aux membres inférieurs, compresses imbibées d'eau froide sur la tête, et nous pratiquons à 11 heures l'injection de 2 grammes d'ergot. En ce moment, le malade a la

tête et les yeux tournés tantôt à droite, tantôt à gauche. Il présente quelques mouvements convulsifs de la face, du côté droit. — A 2 heures, seconde injection de 2 grammes d'ergot. Pas d'aggravation dans l'état du malade : mêmes symptômes. — A 5 heures, amélioration sensible, et le soir, à 10 heures, M. A... était revenu à son état antérieur.

Le 20 avril 1885, M. A... paraît inquiet, congestionné. Il a des baillements continuels, comme lorsqu'il est sur le point d'avoir des attaques. L'inégalité pupillaire est plus accusée que d'habitude. La pupille droite a un diamètre double de celui de la pupille gauche; de plus, elle n'est pas arrondie, et son contour est irrégulier. Il y a 100 pulsations. Nous faisons coucher le malade à 10 heures et demie, avec sinapismes aux jambes et compresses imbibées d'eau froide sur la tête. — A midi, il a une première attaque, de moyenne intensité, dans laquelle la tête est tournée à gauche, avec prédominance des convulsions du côté gauche. — A 2 heures, nouvelle attaque, plus forte que la première, avec rotation de la tête du côté droit et convulsions siégeant surtout du même côté. — A 3 heures 45 m. nous trouvons le malade dans un état demi-comateux; 124 pulsations; les yeux sont fermés, et, lorsqu'on écarte les paupières, on voit les globes oculaires fortement convulsés à droite et en bas. Le membre supérieur gauche est contracturé, l'avant-bras fléchi sur le bras, et appliqué sur le thorax. Le membre inférieur gauche est également un peu raide. Du côté droit, il y a une flaccidité musculaire absolue. Enfin l'anesthésie est générale. Nous faisons une injection de 2 grammes d'ergot. A 5 heures, nous trouvons le malade plus calme, plus reposé. Il a sommeillé un peu; 108 pulsations; les yeux sont ouverts, les globes oculaires tournés à droite. Il baille encore, pousse des soupirs. Injection de 2 gr. d'ergot, à la suite de laquelle il dort tranquillement. — A 10 heures du soir, toute trace de congestion avait disparu, et le pouls ne battait plus que 96 fois par minute. Aucun accident ne s'est produit ensuite.

En résumé, ce même malade nous a présenté, à cinq époques différentes, des phénomènes de congestion cérébrale avec mouvements convulsifs d'intensité variable, En premier lieu, il a eu quatre attaques franchement épileptiformes, qui ont cédé à l'injection de 10 grammes d'ergot. La seconde fois, il a été pris d'abord de tics de la face, qui se seraient sans aucun doute généralisés, si on n'avait eu recours aux injections d'ergot, 6 grammes.

Puis il a eu cinq attaques épileptiformes, reliées entre elles par des mouvements convulsifs localisés, indiquant un état congestif grave, et le tout a cédé à l'injection de 12 grammes d'ergot. La quatrième fois, tout faisait présager de nouvelles convulsions, quand elles ont été arrêtées par l'injection de 4 grammes d'ergot, et maintenues limitées à la face. Enfin, la dernière fois, il y a eu deux attaques convulsives, et les phénomèmes de congestion s'aggravaient encore, quand les injections d'ergot, 4 grammes, les ont fait disparaître. — Aucune de ces attaques convulsives, ainsi traitées, n'a laissé de traces graves de son passage. La maladie n'a pas rétrogradé, mais ses progrès ont été des plus lents, si bien qu'aujourd'hui, 30 avril 1885, ce malade est dans un état satisfaisant et n'a rien qui fasse prévoir un dénouement proche (1).

Observation III. — M. Jules C... était entré le 30 juillet 1883 à Ivry. Il présentait alors des symptômes non équivoques de paralysie générale, avec excitation, projets ambitieux, et inconscience absolue. Le médecin qui l'avait soigné d'abord, avait pensé que ces accidents étaient de nature spécifique, et avait institué un traitement antisyphilitique. Le même traitement fut continué à Ivry, mais sans résultat plus satisfaisant. D'ailleurs, jamais on n'avait constaté d'accident primitif ni secondaire, et l'évolution de la maladie prouva bien qu'on avait affaire à une paralysie générale franche. Peu à peu, l'agitation devint moins vive et cessa d'être continue. Au mois de janvier 1884, apparurent des hallucinations de l'ouïe, qui avaient été déjà signalées avant l'entrée du malade, et qui devinrent de plus en plus fréquentes.

Le 17 mai 1884, à 5 heures du matin, M. C... fut pris d'une attaque épileptiforme, dans laquelle les convulsions se montrèrent surtout au bras et à la jambe gauches, tandis que la tête était tournée du même côté, et que les yeux étaient déviés également à gauche et en haut. — Une nouvelle attaque survint à sept heures, une troisième à 7 heures et demie, une quatrième à 8 heures, et une cinquième à 8 heures 20 m.; elles présentaient toutes les mêmes caractères que la première. — A 8 heures et demie, nous constatons un état congestif intense; 128 pulsations: température axillaire droite 38° 3. Injection de 2 gr. d'ergot. — A 9 heures et quart, la congestion est presque

(1) Plus récemment encore (27 mai), M. A. a eu deux attaques épileptiformes traitées avec succès par l'injection de 4 gr. d'ergot.

aussi intense; nouvelle injection de 2 gr. d'ergot. Ensuite le malade remue un peu, sort progressivement du coma et revient vaguement à lui. — A 10 heures 20, le pouls, toujours plein, est descendu à 88. La sensibilité est rétablie aux quatre membres. La température est normale. Nous pratiquons une dernière injection de 2 gr. d'ergot. — Ensuite il n'y eut plus d'attaque; le malade reprit peu à peu connaissance, et le soir il ne restait presque plus aucune trace de ses attaques.

Le 24 juin 1884, M. C... a une première attaque convulsive épileptiforme à 1 heure du matin. Quatre autres attaques, semblabes à la première, se succèdent à intervalles égaux jusqu'à 7 heures et demie. — A 8 heures, nous trouvons le malade très congestionné, inerte et sans connaissance; nous lui injectons 2 gr. d'ergot. A 10 heures, une nouvelle attaque se produit. — A 10 heures et demie, les mêmes symptômes persistent, bien qu'atténués, et nous pratiquons une seconde injection de 2 gr. d'ergot. — On n'observe plus d'attaque ensuite, mais le malade reste toute la journée dans un état demi-comateux, qui fait place peu à peu à de la somnolence. — A 10 heures du soir, troisième injection de 2 gr. d'ergot, à la suite de laquelle il reprend connaissance. A minuit, il se lève spontanément pour uriner, et dort ensuite d'un sommeil calme et régulier. Le lendemain, tout symptôme alarmant avait disparu.

Le 30 juillet, survint encore une attaque épileptiforme, à 1 heure de l'après midi. Nous lui fîmes immédiatement une injection de 2 gr. d'ergot. On remarqua ensuite quelques mouvements convulsifs, puis tout rentra dans l'ordre, et le malade reprit progressivement connaissance. — Le lendemain, 31 juillet, il put être transféré à l'asile de Charenton, ainsi que sa famille l'avait précédemment demandé.

Nous voyons que, chez ce malade, une série d'attaques épileptiformes s'annonçait avec beaucoup de gravité (17 mai). Les convulsions se succèdaient à intervalles de plus en plus rapprochés, et, selon toute vraisemblance, elles auraient entraîné la mort, si elles n'avaient été victorieusement arrêtées par les injections d'ergot (6 grammes). — Une seconde fois, M. C. eut 6 attaques épileptiformes qui cédèrent à l'administration de 6 gr. d'ergot. — Enfin, en dernier lieu, une injection pratiquée immédiatement après la première attaque, empêcha les autres de se produire. — Le succès de l'ergotine était donc complet.

Observation IV. — M. François M... était entré à la maison de santé le 16 mai 1884. Il présentait tous les symptômes classiques de la paralysie générale, difficulté de la parole, tremblement de la langue et des mains, affaiblissement progressif de la mémoire, de l'intelligence et de la force musculaire, etc. Cependant l'inégalité pupillaire était peu sensible, et les idées de grandeur faisaient défaut, mais elles étaient remplacées par de l'indifférence, une satisfaction puérile et une crédulité extrême. — Aucun incident ne marqua son séjour, jusqu'au 10 juin. A cette date, à deux heures du matin, son domestique est réveillé par le bruit de sa respiration. Appelé près du malade, nous le trouvons étendu, dans le décubitus dorsal, les bras allongés et raidis contre le tronc, la tête légèrement renversée en arrière, avec une contracture généralisée des muscles de la nuque et de tout le corps en général. La face est vultueuse, les yeux sont fermés, les traits contractés, et une expression d'anxiété est peinte sur la physionomie. En soulevant les paupières, on ne voit pas de déviation des globes oculaires. Le malade fait des inspirations profondes, et, chassant violemment l'air entre ses lèvres à peine ouvertes, fait un bruit qui s'entend à plus de vingt mètres de distance. La colonne d'air est chassée avec une telle force qu'on la sent nettement du pied du lit. Il y a de l'hypéresthésie de la peau, quelques légers soubresauts des membres, mais pas de convulsions cloniques. Cependant le malade n'a pas perdu tout à fait connaissance, et, quand on l'interroge, il répond qu'il a mal à la tête. — Évidemment nous sommes en présence d'une congestion intense des centres nerveux, siégeant sans doute à la base de l'encéphale, et il faut intervenir de suite, pour éviter des accidents plus graves. Nous faisons appliquer des révulsifs sur les membres inférieurs, avec réfrigération de la tête, et nous injectons 4 gr. d'ergot. Peu à peu la congestion diminue, le souffle devient moins bruyant, et, à 3 h. et demie, il avait cessé. Néanmoins nous injectons encore 2 gr. d'ergot. — A 4 heures, le malade ouvre les yeux, se remue dans son lit, répond assez correctement aux questions. Tout danger immédiat semblant évité, nous le laissons se reposer. Quand nous revenons à 10 heures du matin, nous le trouvons assez bien. Il est seulement un peu faible, et l'intelligence est plus obtuse. Nous lui administrons encore 2 gr. d'ergot. Puis la journée se passe sans accident, et le lendemain le malade reprend sa vie accoutumée. Comme moyen prophylactique, on lui fait encore absorber chaque jour 4 gr. d'ergot en potion. Le même traitement est continué pendant deux mois, puis suspendu sans nouvelle attaque. Enfin le 14 décembre, M. François quitte la maison, pour être transféré à Charenton. Son état s'était peu modifié.

Dans ce cas, il semble bien que l'état tétanique était dû à une violente congestion encéphalique, qui aurait sans doute déterminé des attaques épileptiformes, si l'ergotine n'était venue régulariser la circulation et faire disparaître l'hypérémie cérébrale.

Observation V. — M. Louis M... était entré le 25 juin 1881, à la maison de santé. Agé de 30 ans, il était malade depuis 5 ou 6 mois. Dès son entrée, on avait constaté du tremblement des membres, de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire, une exagération du sentiment de la personnalité, de l'affaiblissement des facultés mentales, et tous ces signes indiquaient suffisamment une paralysie générale, même en l'absence du délire ambitieux proprement dit. Du reste, ces troubles divers ne firent que s'accentuer peu à peu; la démence arriva bientôt complète, et la déchéance physique subit une marche parallèle. Pendant l'année 1882, il eut une attaque épileptiforme au mois de février, une autre au mois de mars, une encore au mois de mai, enfin plusieurs attaques aux mois de juillet, août et octobre. Les 23, 24 et 25 mars 1883, il eut de même plusieurs attaques épileptiformes. Toutes ces convulsions furent généralisées, mais elles frappèrent surtout le côté droit. Cependant elles n'inspirèrent jamais d'inquiétude, et cédèrent aux moyens ordinairement employés en pareil cas.

Le 13 août 1884, après une année de calme et d'une vie purement végétative, M. L... est pris d'une série d'attaques plus graves que les précédentes, et qui se répètent pendant les jours suivants.— Le 13, il a 5 attaques qui surviennent à 5 h. du soir, 5 h. et quart, 5 h. et demie, 6 h. et 6 h. et demie. On pratique l'injection de 2 gr. d'ergot à 9 h. et de 2 gr. encore à 11 h. — Le 14, il a de même 5 attaques, à 1 h., à 3 et 4 h. du matin, et à 3 et 11 h. du soir. On pratique trois injections de 2 gr. d'ergot chacune, à 10 h. et demie du matin, à 3 et 9 h. du soir. — Le 15, il a 8 attaques, à 2 h., 4 h., 8 h. et demie, et 10 h. du matin; à 1 h., 2 h. et demie, 5 h. et demie, et 10 h. du soir. On pratique 4 injections, à 10 h. et demie, 2 h., 6 h., et 9 h. — Le 16, il a 5 attaques, à 1 h., 5 h., et 9 h., à midi, et 11 h. du soir. On fait l'injection de 8 gr. d'ergot, en 4 fois, à 10 h. et demie, 3 h., 5 h. et 9 h. du soir. — Le 17, il a 5 attaques, à minuit et quart, 2 h., 4 h. et 8 h. du matin, et 2 h. du soir. On administre, en 4 fois, 8 gr. d'ergot, à 3 h. et 10 h. et demie du matin, à 3 et 9 h. du soir. — Le 18, il n'a pas d'attaque. On injecte néanmoins 4 gr. d'ergot en deux fois. — Le 19, il n'a encore pas d'attaque, et on lui administre seulement 2 gr. d'ergot. — Les jours suivants, le malade revient peu à peu à lui.

Le 12 septembre, M. L... est encore pris d'une attaque épileptiforme à 1 heure après midi. Immédiatement nous lui injectons 2 gr. d'ergot. Aucune attaque ne se produit ensuite. Le malade parle, rit, présente un peu d'excitation. Son pouls est plein, fréquent. — A 9 h. du soir, l'état est le même. Craignant de nouvelles attaques, nous lui injectons 2 gr. d'ergot.

Cette observation est des plus intéressantes.

Sans parler de l'attaque du 12 septembre, restée unique par suite de l'injection immédiate d'ergotine, nous voyons que, pendant le mois d'août, il a eu, dans l'espace de 5 jours, 18 attaques épileptiformes, contre lesquelles on a injecté 34 gr. d'ergot. Le sixième jour, aucune attaque ne se produisit ; néanmoins on injecta 4 gr. d'ergot ; enfin, le lendemain, dans les mêmes conditions, on en injecta encore 2 gr. La dose totale d'ergot a donc été de 40 gr.; les phénomènes congestifs s'atténuèrent, les convulsions disparurent, et le malade revint à son état antérieur. Aucune intolérance, ni locale, ni générale, ne fut observée. Le malade vit encore. Il est dans de bonnes conditions, et rien ne fait prévoir aucun accident immédiat.

Observation VI. — M. G..., âgé de 45 ans, entré dans l'établissement le 31 octobre 1877, avait eu un délire ambitieux des plus nets, avec agitation maniaque, au moment de son arrivée. Peu à peu la démence était devenue complète, les forces s'étaient affaiblies, et, après 7 années de maladie, il était arrivé à la période ultime de la paralysie générale, passant tout son temps au lit ou dans un fauteuil, et incapable même de se tenir debout. Il était gâteux, et on était obligé de lui porter les aliments à la bouche.

Le 14 avril 1884, à 10 h. et demie du matin, nous le trouvons assis dans son fauteuil, la tête penchée sur l'épaule droite laissant s'écouler sa salive et présentant quelques tics convulsifs de la face. Nous le faisons mettre au lit, et on lui applique des sinapismes aux jambes et des compresses imbibées d'eau froide sur la tête. — A 11 heures commencent les convulsions. La tête et les yeux sont tournés à gauche. Les mouvements cloniques présentent peu d'amplitude. — A midi, les secousses sont plus généralisées et continues. Le pouls est régulier, petit, d'une fréquence modérée. Injection de 2 gr. d'ergot. — A 3 h. le

même état persiste. Le malade bredouille quelques mots ; son pouls est plus plein. Injection de 3 gr. d'ergot. — A 5 h. et demie, les convulsions continuent, mais elles existent surtout à la face; la bouche est affectée d'un tic continuel et violent; les globes oculaires sont dans la rotation du côté gauche. Il y a aussi quelques mouvements des bras, d'ailleurs peu accusés. Le pouls est plein, vibrant. Injection de 4 gr. d'ergot. — A 10 heures, même état; grincement des dents; les sinapismes ne déterminent plus aucune rubéfaction de la peau.

15 *avril*. — Le malade a eu une attaque épileptiforme généralisée à minuit. Il en a une seconde à 8 heures du matin. — A midi, injection de 4 gr. d'ergot. — L'état congestif persiste dans la soirée, et nous faisons de nouvelles injections, de 2 gr. à 3 h. et demie, de 2 gr. à 6 h., et de 2 gr. à 10 h. — Il ne se produit pas de nouvelle attaque généralisée.

16 *avril*. — Le pouls est fréquent, la peau chaude, et des hoquets secouent violemment le malade. Malgré la gravité de la situation, et malgré une attaque généralisée qui survient à 1 h. après midi, et une autre à 4 h. et demie, nous ne faisons pas d'injection d'ergotine, car on peut croire que la dose d'ergot administrée depuis deux jours, ne saurait être dépassée sans danger. — En dehors des grandes attaques, qui durent environ trois minutes, il y a comme précédemment des contractions continuelles des muscles de la face.

17 *avril*. — Il n'y a pas de modifications dans l'état du malade. Toutefois le hoquet a cessé. Nous revenons aux injections d'ergot, 2 gr. à 1 h., 2 gr. à 6 h., et 2 gr. à 10 h. — Aucune attaque convulsive généralisée ne se produit. — Comme le malade n'a pris aucune nourriture depuis quatre jours, on juge utile de pratiquer le cathétérisme œsophagien (10 h. et demie du soir) et de l'alimenter ainsi.

18 *avril*. — Le malade a été anxieux pendant toute la nuit; sa respiration était laborieuse ; il poussait des plaintes et des gémissements. — A 8 h. du matin, nous le trouvons très affaibli. Les convulsions de la face ont disparu peu à peu. Les traits sont tirés; teinte cyanique des extrémités; pouls fréquent, petit, irrégulier; absence de réflexes. — Nous pratiquons quand même l'alimentation artificielle. Les symptômes graves s'accentuent, et le décès survient à midi.

En somme, nous avions affaire à un sujet affaibli par une longue maladie, chez lequel toute énergie vitale semblait avoir disparu, et qui a pu cependant lutter pendant 5 jours contre des accidents congestifs épileptiformes graves. Il n'est donc pas impossible que l'ergot ait

opposé à la congestion une barrière, trop faible il est vrai, mais utile cependant, puisque l'administration répétée du médicament empêchait les attaques. Peut-être même l'issue des accidents n'aurait-elle pas été fatale, si on n'avait eu recours à l'alimentation forcée, avec laquelle a coïncidé une exacerbation de tous les phénomènes. En tout cas, cette observation nous semble prouver l'utilité des injections sous-cutanées d'ergotine, loin d'infirmer leur valeur.

Si nous jetons un coup d'œil en arrière, nous voyons que, parmi les paralytiques généraux, soignés à la maison de santé, depuis le mois de décembre 1883, six ont eu des attaques congestives épileptiformes ou apoplectiformes, se produisant en une ou plusieurs fois, et à des époques plus ou moins rapprochées. L'un d'eux a présenté jusqu'à six reprises les mêmes phénomènes de congestion cérébrale. Cependant tous, sauf un, sont sortis sains et saufs d'un état capable d'inspirer souvent de sérieuses inquiétudes, grâce aux injections sous-cutanées d'ergotine. Celui qui a succombé était malade depuis sept ans; il était arrivé progressivement à un état de marasme qui le mettait dans l'impossibilité de lutter contre toute influence nocive. Et pourtant les injections d'ergotine l'ont soutenu pendant cinq jours. Elles ont même fait disparaître les attaques, et le malade n'est mort que par suite d'une déchéance organique irrémédiable.

On peut donc dire que les injections sous-cutanées d'ergotine constituent un moyen thérapeutique sûr et rapide dont on ne devra pas se priver, d'autant plus qu'elles ne provoquent jamais aucun accident. On sera même en droit de les employer, en dehors de la paralysie générale, dans tous les cas où il y a hypérémie cérébrale. dans l'apoplexie, et peut-être dans l'état de mal épilep-

tique. Enfin elles seront utiles lorsqu'on voudra faire suivre un traitement continu par l'ergotine, et que le malade refusera de prendre une potion. Nous y avons eu recours ainsi pendant un mois et même deux mois consécutifs sans déterminer le moindre accident (1).

ARCHIVES CLINIQUES

HÉBÉPHRÉNIE AVEC ACCIDENTS HYSTÉRIFORMES

CHEZ L'HOMME. DÉMENCE CONSÉCUTIVE

Par E. DOYEN

Interne à l'asile Sainte-Anne

Service de la Clinique de la Faculté

Le 4 novembre 1884, nous recevions à l'Asile Sainte-Anne, un jeune malade, âgé de 19 ans, qui nous était envoyé par notre confrère le docteur Henry Luc, ancien interne des hôpitaux.

Le père de ce malade, exerçant la profession d'horticulteur dans le département du Pas-de-Calais, donne dans ses réponses et ses explications des signes manifestes de débilité mentale. En outre, un des oncles a été interné dans un asile d'aliénés. Les autres membres de la famille n'ont rien présenté de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Octave H... n'a jamais eu de maladie grave pendant sa jeunesse et son adolescence; il n'a jamais non plus présenté de phénomènes convulsifs. Quand il était au collège, il apprenait très facilement et montrait même une certaine supériorité dans les facultés qui dépendent de la mémoire. C'est ainsi qu'il était dans les premiers, quand il s'agissait de récitation ou de langues étrangères par exemple; quant aux exercices scientifiques qui réclamaient quelque raisonnement, il n'y prenait part qu'avec difficulté. Depuis deux ans environ, ses maîtres avaient remarqué chez lui une tendance à la paresse; au lieu d'aller à l'école, il voulait rester

(1) Le docteur X. Breuillard, dans une excellente thèse (Paris 1879), a également insisté sur le traitement des hémorrhagies consécutives à la délivrance, par les différentes préparations d'ergot de seigle en injection hypodermique.

avec son père et sa mère et réclamait cette faveur pour que ceux-ci, disait-il, « l'empêchassent de faire du mal. » Il semble donc qu'il éprouvait des impulsions, dont il paraît avoir eu conscience. Bientôt après il devient apathique et incapable de se livrer à aucun travail matériel ou intellectuel.

Tantôt il manifestait pour ses parents une vive antipathie; tantôt au contraire il leur prodiguait des marques exagérées d'affection.

Enfin, depuis quelques mois, il était devenu hypochondriaque; il s'imaginait être atteint de plusieurs maladies et manifestait particulièrement une crainte exagérée de la mort. Croyant que les aliments ne pouvaient descendre, à plusieurs reprises il a présenté des signes de sitiophobie.

Depuis plusieurs années, il s'est adonné d'une manière manifeste à la masturbation.

Etat actuel. — Entre le 4 novembre 1884, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de M. le professeur Ball. Pendant les quatre premiers jours, il est très calme et suit avec régularité la discipline de l'asile; dans la nuit du 8 au 9 novembre, il s'agite brusquement, se met à crier, dit qu'il va mourir et fait des efforts incessants et réitérés pour provoquer des vomissements.

Le 9 novembre, au moment de la visite, il se met tout à coup à se déshabiller complètement sans motif appréciable et se livre à des contorsions volontaires, ressemblant aux mouvements élémentaires de gymnastique. Il ne perd pas connaissance, mais répond toujours d'une manière uniforme aux questions qu'on lui fait : « Ne me faites pas de mal, c'est une fatalité, je suis destiné à souffrir. »

Le 12 novembre, nous constatons une anesthésie bilatérale de la cornée et de la conjonctive; la langue est également insensible à la piqûre des deux côtés et le malade reconnaît difficilement les saveurs. La vue et l'ouïe sont conservées.

Le 14 novembre, l'anesthésie des conjonctives existe toujours, mais la sensibilité de la cornée a reparu. Quant à la sensibilité de la peau, elle est conservée aussi bien pour la douleur que pour la température. Du côté de la langue, la sensibilité est intacte. Nous ne constatons pas de zones hystérogènes, mais la compression de l'un ou l'autre des testicules arrête en partie les contorsions dont nous avons parlé et que le malade répétait souvent dans la journée.

Nous devons en outre faire remarquer que notre malade, comme certaines hystériques, présentait des éructations continuelles, jusqu'à plusieurs par minutes; par moment aussi, si on ne l'en avait empêché, il aurait mangé des substances impropres à l'alimentation, terre, papier, etc.; mais jamais à

proprement parler nous n'avons constaté d'attaques convulsives d'hystérie.

Réflexes tendineux exagérés. Sensibilité aux couleurs conservée. Les organes génitaux sont normalement développés.

Taille : 1 m. 56. Circonférence de la poitrine : 77 cent. Diamètre transversal maximum de la tête : 15 cent. Diam. antéro-postérieur maximum : 18, 8 Angle facial : 670.

Depuis le 9 novembre, on a été obligé de mettre le malade en cellule. Le 11 novembre il essaie de s'évader, sans trop savoir pourquoi. Quand on le presse de questions, il répond que c'était pour aller voir ses parents. Il avait réussi à franchir le premier mur, et était déjà sur le deuxième quand on l'aperçut ; on fut obligé de le faire descendre du côté de la rue. Dans la cellule où il était il grimpait partout et ne cessait de déchirer ses vêtements. Gâtisme.

Le 13 novembre, il cesse de répondre aux questions qu'on lui adresse, devient brusquement méchant et frappe les gardiens. Il a les yeux hagards et refuse les aliments qu'on lui présente. Il dit entendre la voix d'un de ses amis O.., D., qui parle par sa bouche et lui commande de nous répondre.

Dans ses discours et dans ses écrits il affectait une forme dramatique : Nous avons pensé qu'il serait intéressant de publier une de ses lettres, en voici le texte :

A ceux qui liront mes dernières paroles, elles partent d'un cœur qui toujours fut bon et généreux.

Mes dernières paroles,

Je dois mourir parce que ma destinée le veut. Je meurs sans reproche d'avoir jamais voulu mal à n'importe qui; Si à ceux qui mépriseront mes parents. Je suis victime de personnes que je croyais me faire guérir seulement.

Si j'ai fait de la peine à mes parents pendant les 14 mois que j'ai souffert, j'en ai été puni : c'est par ma faute. Etant porté par nature à aller avec les femmes, je n'y allais pas parce qu'on m'avait dit que je pourrai devenir malade sérieusement. Maintenant que je mourrais, je demande pardon à mes parents de la peine que je leur ai pu faire ainsi qu'à mes amis. Et pardonne ceux par qui je dois mourir, pouvant faire le serment que jamais je n'eus fait mal avec intention bien déterminée à quiconque ce soit.

Puissent les paroles écrites par les mains (sans me vanter) d'un cœur généreux être crues, c'est tout ce que je demande. Moi qui soulagea (sic) l'humanité, et qui, loin de faire tête de fierté parce que papa avait acquis une fortune relative par son travail, et bien, on peut s'in-

former, quoique bien mis par mes parents j'affirme avoir toujours aimé et respecté l'ouvrier.

Adieu ! Adieu !

Octave,

qui meurt à 20 ans et qui jamais ne fit mal à personne.

Adieu pour une dernière fois ! adieu ! vive l'ouvrier et à bas soit-il ceux qui le firent souffrir !

Octave.

Le 15 novembre, il devient bruyant et présente une vive excitation maniaque ; il ne cesse de crier : Vive la république, et qu'il veut brûler les calotins. » Voit du rouge partout, est constamment en mouvement. A partir de cette époque, l'excitation maniaque n'a pas cessé ; le malade est constamment agité ; il ne cesse de gesticuler et de proférer des propos incohérents : il passe ses journées à chanter, à rire sans motifs et se rouler sur le gazon. — Depuis un mois environ il est moins excité ; il parait indifférent à ce qui se passe autour de lui et semble verser très rapidement vers la démence. Il n'est plus possible d'obtenir de lui aucune réponse sensée ; il se met à rire bêtement quand on lui adresse la parole et passe ses journées à ramasser des pierres et des bouts de papier. Il désapprend petit à petit ce qu'il savait et même la lecture et l'écriture.

Cette observation nous a paru présenter quelque intérèt à différents points de vue. Les allemands ont décrit une forme d'aliénation mentale qui se développerait à l'époque de la puberté, et qu'ils ont désignée sous le nom d'hébéphrénie. Nous ne prétendons pas que le seul fait de la puberté et du changement profond qui s'opère dans l'organisme à cette époque soit capable à lui seul du créer de toute pièce une forme d'aliénation mentale ; mais nous croyons qu'il n'est pas illogique d'admettre que chez un héréditaire des prédispositions jusque-là restées latentes se traduisent au grand jour, de la même façon qu'on voit chez la femme l'hystérie se développer à l'époque de la puberté. Cette forme d'aliénation mentale peut se présenter sous deux aspects ; tantôt sous la forme dépressive, tantôt sous la forme maniaque. Le sujet dont nous venons de rapporter l'observation semble avoir présenté un état mixte ; en même temps qu'il manifestait des idées mélancoliques, et qu'il faisait ses

adieux à ses amis et à ses parents, il présentait un état maniaque des mieux caractérisés. Enfin nous ajouterons que si quelquefois cet état est transitoire et de peu de durée il peut aussi, comme dans le cas actuel, devenir permanent, et conduire plus ou moins rapidement à la démence.

ATTAQUES HYSTERO-ÉPILEPTIFORMES

AURA PSYCHIQUE A LONGUE DURÉE

OBSESSION D'UNE PHRASE OUBLIÉE AUSSITOT QUE L'ACCÈS A EU LIEU

Par P. MOREAU de Tours

Le nommé D... 35 ans, relieur, est un garçon très intelligent, mais aimant le plaisir. Jusqu'à l'âge de 15 ans, il a joui d'une bonne santé. A cette époque, étant en apprentissage, il fit une chute grave dans un sous-sol à travers une trappe, et resta 26 heures sans connaissance : transporté à la Pitié, il y resta deux mois environ. Depuis cette époque, il a eu fréquemment des migraines assez violentes pour l'obliger à se mettre au lit. Jusqu'en 1877, son état général ne présenta rien de particulier sauf une série de blennorrhagies avec rhumatismes concommittants. A peine guéri, il reprenait sa vie de plaisirs et ce fut alors qu'il fut atteint d'une syphilis qu'il traita lui-même à l'aide des remèdes annoncés à la quatrième page des journaux. La santé paraissait revenue et il se félicitait de sa guérison, quand survient l'accident suivant qu'il relate ainsi lui-même : « C'était en septembre ou octobre 1882, étant debout à ma presse en train de travailler, je me sens pris de faiblesse et taquiné par une phrase que j'avais lu le matin : j'avais toujours cette phrase présente à l'esprit, quoique je fisse pour l'éloigner. Peu à peu, cette phrase devint moins nette, je n'en trouvais plus la fin que difficilement; malgré moi, je m'obstine à la retrouver; je n'y puis parvenir; c'est alors que je me suis trouvé emporté et perdu, il parait que je suis tombé à terre sans connaissance, l'écume à la bouche, et ne bougeant plus. »

La crise passée, il ne se souvient plus absolument de la malencontreuse phrase; ce n'est qu'au bout d'un certain nombre de jours qu'il peut se la rappeler, elle a perdu alors son effet, il n'y attache plus d'importance. Mais à son insu, une autre s'implante dans son esprit et l'obsession recommence.

C'est ainsi qu'en janvier 1884, une nouvelle attaque eut lieu, motivée et précédée encore par une phrase entendue en passant dans la rue.

Quelque temps après, à la suite d'une assez longue lecture, il fut repris d'un court accès ; seul dans sa chambre, il se réveilla au bout d'un temps assez long, fatigué, brisé, cherchant à se rappeler le mot qui l'avait obsédé. Bientôt, il est poursuivi par cette nouvelle phrase ; « Je suis un original qui ne s'est jamais désoriginalisé et qui ne se désoriginalisera jamais. » Obsédé par ces mots, il ne peut plus se livrer à aucun travail, à force de répéter cette phrase, il s'énerve, s'embrouille de plus en plus, et finit par tomber sans connaissance : l'accès passé, la phrase est oubliée.

Au mois d'octobre dernier, passant rue de Charenton, il lit : « Hospice national des jeunes aveugles ; » il crut que c'était l'hospice des Quinze-vingt, il en fut frappé et en marchant, en causant, en travaillant, il répète cette phrase. Cette obsession le poursuit jusqu'au 10 décembre 1884, jusqu'à ce que, toujours par le même mécanisme, l'attaque arrivât.

Aujourd'hui, nouvelle phrase : «M. Hardy, membre de l'Académie de médecine..» il commence déjà à ne plus la dire aussi sûrement et il redoute avec raison une crise prochaine.

D... n'a aucune hérédité nerveuse, son père et sa mère sont encore vivants et bien portants, quant à lui, il présente un caractère franchement névropathique ; grand liseur de romans, il s'incarne dans le rôle des personnages, il éprouve des sensations d'angoisses, d'étouffements, dans les passages émouvants ; fond en larmes ou rit aux éclats sans motifs suffisants... etc. De même, en dehors de la lecture, lorsque dans la vie il rencontre des contrariétés, lorsqu'il éprouve des impressions subites et imprévues, telles que la vue d'un accident, d'un incendie, d'une rixe, etc., est-il en proie à ces constrictions, à ces étouffements... Néanmoins il a une conscience absolue de son état, déplore amèrement cette sensibilité outrée, mais c'est en vain qu'il lutte, sa volonté est impuissante à réprimer ses sensations. Les accidents convulsifs sont pour ainsi dire récents et ne datent probablement que de l'époque où s'est développée la tumeur cérébrale syphilitique.

Soumis à un traitement ioduré, au bout de six semaines une amélioration notable avait lieu ; il y a tout lieu d'espérer que cette affection s'amendera et que le malade pourra reprendre ses occupations.

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur les paralysies alcooliques. (Névrites multiples chez les alcooliques.) Thèse pour le doctorat, par William Œttinger, 1885.

L'importance des névrites multiples ou polynévrites s'est considérablement accrue dans ces derniers temps. Divers troubles nerveux qu'on avait d'abord rattachés à des myélites semblent relever d'un processus névritique. Il en est aussi chez les alcooliques, qui présentent quelquefois des paralysies plus ou moins étendues. M. Œttinger vient de consacrer sa thèse inaugurale à cette intéressante étude. L'existence de paralysies dans le cours de l'alcoolisme chronique avait déjà été signalée par Magnus Huss. Mais ce sont surtout les travaux de M. Lancereaux qui ont appelé l'attention sur cet important sujet. Aussi comprend-on que M. Œttinger ait été comme interne de M. Lancereaux, parfaitement placé pour étudier ces manifestations, encore trop peu connues.

Les paralysies des alcooliques se présentent avec des caractères très variables. Il s'agit généralement d'individus adonnés depuis longtemps aux excès alcooliques et présentant tous les symptômes de l'intoxication chronique.

Ce seront plutôt les buveurs de liqueur que les buveurs de vin qui sont exposés aux accidents paralytiques. Ceux-ci débutent généralement par des fourmillements dans les membres, des œdèmes jusqu'à des crampes et de soubresauts musculaires, réveillant le malade au milieu de la nuit. Puis la parésie apparait, plus marquée le matin, au réveil, et surtout accentuée dans les membres inférieures. Ces parésies sont passagères, erratiques; puis elles deviennent permanentes et s'accentuent davantage. C'est la vraie paralysie alcoolique, qui présente quelques caractères particuliers. Ce sont surtout les muscles extérieurs du pied qui sont atteints; et particulièrement les extenseurs communs et les extenseurs propres. Les muscles de la région externe sont atteints ensuite ; quelque fois même la paralysie s'étend à la région antérieure, où néanmoins elle reste toujours peu marquée.

Le triceps crural peut également être frappé ; les autres muscles de la cuisse le sont très-rarement.

La paralysie peut rester localisée aux deux membres inférieurs : c'est la *paraplégie alcoolique* des auteurs anglais.

Les membres inférieurs sont plus rarement et plus légèrement atteints. Mais ici encore c'est surtout sur les extenseurs que portent les phénomènes paralytiques.

Quant aux paralysies des muscles du tronc et du diaphragme elles semblent extrêmement rares.

A côté des troubles paralytiques, on peut placer les manifestations ataxiques; peut-être faut-il faire rentrer dans ce groupe, les deux faits de neuro-tabes periphérique publiés par M. Dejerine.

Les muscles paralysés ne sont presque jamais atteints de contractures : si celles-ci peuvent se rencontrer quelquefois, elles sont toujours légères; les paralysies alcooliques sont avant tout des paralysies essentiellement flasques. Par contre, les muscles paralysés ne tardent pas à s'atrophier; cette atrophie, quelque fois masquée par une adipose sous-cutanée, semble à peu près constante.

Nous en aurons fini avec les troubles moteurs, quand nous aurons signalé que dans presque tous les cas, on trouve la réaction de dégénerescence, avec les courants galvaniques.

Les troubles moteurs que nous venons de résumer s'accompagnent presque constamment de troubles sensitifs. Ceux-ci sont bien variables : tantôt ils rappellent les douleurs fulgurantes des ataxiques; tantôt ce sont des sensations de brûlure, de chocs électriques, en même temps, on peut observer de l'hyperesthésie de la sensibilité tactile; plus tard, l'anesthésie pourra devenir le phénomène prédominant.

Les réflexes superficiels sont presque toujours conservés, le reflexe rotulien a toujours été trouvé aboli.

Les troubles des vaso-moteurs viennent compléter le tableau; nous citerons les rougeurs fugaces, le purpura, les sueurs localisées, et surtout, l'œdème des extrémités.

Après avoir étudié successivement les différents symptômes des paralysies alcooliques, M. Œttinger, étudie d'une façon générale les différents types cliniques que l'on peut rencontrer. Comme il le dit fort bien, les symptômes sont toujours les mêmes; ce qui est variable, c'est la marche et l'évolution.

On peut admettre trois types principaux. Dans un premier cas, les phénomènes ne sont constitués que par une simple parésie, susceptible de guérison. A un dégré de plus, c'est la

paralysie à marche lente et chronique ; ici encore la guérison est possible. La troisième forme est la forme rapide amenant la mort au bout d'un temps qui varie de quelques semaines à trois mois.

Il peut survenir, dans le cours des paralysies alcooliques, des complications diverses dont la broncho-pneumonie semble la principale. — La tuberculose pulmonaire la phthisie subaiguë, les eschares étendues, des diarrhées incoercibles se rencontrent souvent à la période terminale.

Après cette étude clinique fort complète, M. Œttinger recherche quelles sont les altérations dont dépendent les symptômes.

Il a eu l'occasion de faire une autopsie fort complète. Il a constaté une névrite périphérique très intense ; les racines rachidiennes étaient saines. Il est à regretter pour M. Œttinger qu'il n'ait pu examiner les principaux troncs nerveux. Mais, le fait capital, c'est que la mœlle n'était pas atteinte. En s'appuyant sur plusieurs autopsies analogues publiées jusqu'ici, on est en droit de conclure qu'il s'agit véritablemant de névrite périphérique et non d'altération médullaire sous la dépendance de l'alcoolisme.

Le diagnostic des paralysies alcooliques présente de nombreuses difficultés. On peut les confondre avec différentes espèces de myélites et particulièrement avec l'ataxie locomotrice, la paralysie spinale avec la paralysie ascendante aiguë, enfin avec les diverses paralysies toxiques. — M. Œttinger indique rapidement quelles sont les principales particularités qui peuvent servir au diagnostic différentiel.

Cette excellente thèse se termine par la relation de dix-sept observations dont cinq sont personnelles ou inédites.

En somme, M. Œttinger a présenté d'une façon fort complète l'histoire des paralysies alcooliques. Son étude constitue un chapitre fort intéressant dans l'histoire des polynévrites dont l'importance tend chaque jour à s'accroître. R.

De l'alcoolisme et de ses diverses manifestations considérées au point de vue physiologique, pathologique, clinique et médico-légal, par le Dr Lentz, médecin directeur de l'asile d'aliénés de l'État, à Tournay. — Paris, J. B. Baillière et fils.

L'Académie royale de médecine de Belgique, pour le concours de 1881-1883 avait posé la question suivante : « *Déterminer, en*

s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme au point de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance » Le prix a été décerné à M. Lentz, dont le mémoire constitue en effet une excellente réponse à la question de l'Académie. »

La question de l'alcoolisme est peut-être, comme le dit M. Lentz, une des plus vastes de la pathologie mentale. L'alcool en exerçant son action non seulement sur l'individu lui-même, mais encore sur sa descendance est devenu un facteur morbide de la plus grande importance; il constitue aujourd'hui une véritable plaie sociale. C'est pour cela que depuis trente ans de nombreux et importants travaux ont été publiés sur cette question, non seulement par des physiologistes et des médecins, mais encore par des philantrophes préoccupés de réformer un vice qui devient de plus en plus général. Résumer et coordonner tous ces travaux constituait un travail qui n'était pas sans offrir de nombreuses difficultés, mais M. Lentz a su le surmonter et il a écrit un livre de près de 600 pages, qui est bien le tableau le plus complet et le plus fidèle que nous ayons de l'état actuel de la science sur l'alcoolisme.

Un premier chapitre est consacré à des considérations générales sur l'alcool et les liquides alcooliques, sur l'action physiologique de l'alcool, les transformations qu'il subit dans l'organisme et la nature de son action.

L'auteur s'occupe ensuite de l'ivresse ou alcoolisme aigu. Il étudie successivement l'ivresse normale, l'ivresse anormale ou pathologique, l'influence de l'ivresse sur la descendance, ses rapports avec la folie et enfin les questions médico-légales qu'elle soulève.

Comme question annexe à celle de l'ivresse, M. Lentz consacre quelques pages à l'empoisonnement véritable ou intoxication suraiguë qui n'est en somme que l'ivresse portée à un degré très élevé.

L'étude de l'alcoolisme chronique vient naturellement à la suite de celle de l'alcoolisme aigu. L'auteur passe d'abord en revue les diverses lésions organiques par lesquelles se révèle l'intoxication lente et progressive par l'alcool; ce sont en premier lieu les désordres locaux siégeant dans les divers systèmes (digestif, hépatique, pulmonaire, circulatoire, génito-urinaire) puis les désordres généraux, tels que les altérations du sang, la polysarcie, la cachexie. En même

temps il se produit une modalité particulière du système nerveux qui constitue l'alcoolisme cérébro-spinal. Dans l'alcoolisme cérébral, M. Lentz admet quatre formes; la dégénérescence alcoolique, l'alcoolisme hallucinatoire, la démence alcoolique, la paralysie générale alcoolique ; dans l'alcoolisme spinal il ne décrit que deux formes, la forme hypéresthésique et la paraplégie alcoolique. L'auteur étudie en détail chacune de ces questions, puis il aborde la pathogénie de l'alcoolisme chronique, établit ses analogies avec la folie et termine ce chapitre comme le précédent par d'importantes considérations médico-légales. L'auteur établit au point de vue médico-légal les mêmes formes types qu'il admet dans la partie descriptive de l'alcoolisme cérébro-spinal chronique; il pense en effet que si la création de l'entité comprise sous le nom d'alcoolisme chronique constitue un progrès évident pour la pathologie mentale, il en est tout autrement pour la médecine légale et que l'individualisation complète doit toujours présider à l'examen de chaque cas.

Après l'alcoolisme chronique, M. Lentz aborde l'étude de ce qu'il appelle *l'alcoolisme psychique*. Quand les excès alcooliques persistent et se multiplient, quand interviennent d'autres éléments physiques ou moraux agissant sur le système nerveux ainsi morbidement altéré, celui-ci réagit d'une façon spéciale contre les divers excitants, en donnant lieu à des désordres nombreux et variés de l'être psychique, parmi lesquels le délirium tremens et la folie alcoolique occupent le premier rang. « Ce sont là, dit M. Lentz, de véritables épiphénomènes, se produisant sur un fonds spécialement disposé, qui ne sauraient éclore, tels qu'ils sont, sur un terrain qui n'a pas été préalablement préparé par l'alcool, mais qui peuvent naître en dehors de sa coopération directe ; ce ne sont pas des symptômes d'alcoolisme aigu, comme on les a très imparfaitement dénommés ; ce sont des épiphénomènes de l'alcoolisme chronique, ce sont eux qui constituent l'acoolisme psychique. « L'auteur étudie successivement le délire alcoolique général, le délirium tremens puis les diverses psychopathies alcooliques qu'il range sous les dénominations suivantes : Folies alcooliques dépressives, lypémanie alcoolique ; folies alcooliques expansives, manie ambitieuse alcoolique; folies alcooliques chroniques : délire des persécutions alcoolique, folie de jalousie alcoolique, mégalomanie acoolique.

L'étude de l'alcoolisme héréditaire de la dipsomanie et de quelques questions acessoires termine et complète l'excellent livre de M. Lentz.

Ch. VALLON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 mars 1885. — *Expériences relatives aux phénomènes qui se produisent dans le domaine de la vie organique pendant les attaques d'épilepsie.* Note de M. VULPIAN.

« Dans une attaque d'épilepsie, on observe chez l'homme, comme effets de la perturbation fonctionnelle des centres nerveux, des convulsions des muscles de la vie animale et de certains muscles de la vie organique (iris, vaisseaux à tunique contractile, intestin, vessie, etc.), des troubles cardiaques, respiratoires, thermiques, sécrétoires, etc. C'est aussi par ces divers symptômes que se caractérisent les attaques épileptiques provoquées chez les mammifères par l'électrisation des points excitables du cerveau. J'ai voulu voir si les sécrétions du foie, du pancréas, des reins, offrent, chez le chien, pendant ces attaques, une exagération analogue à celle qui se produit évidemment dans les glandes salivaires et j'ai fait, pour cela, plusieurs expériences dont je communique les résultats à l'Académie.

« A. Avant d'indiquer ce que j'ai vu relativement aux sécrétions, je crois devoir dire quelques mots des troubles cardiaques et respiratoires qui ont lieu chez le chien dans cés conditions.

« Les mouvements du cœur se ralentissent et deviennent irréguliers : les battements de cet organe deviennent souvent plus forts qu'auparavant. Ces modifications n'apparaissent pas dès le début de l'attaque, mais bien quelques secondes après la fin de l'attaque. Comme on le verra plus loin, elles ne sont pas uniquement le résultat des troubles respiratoires, mais elles sont dues surtout aux excitations subies par les nerfs cardiaques et par l'appareil nerveux vaso-moteur.

« La respiration présente des modifications plus accusées que celles des mouvements cardiaques. Les mouvements respiratoires deviennent plus amples, plus lents ; l'expiration se fait souvent d'une façon brusque. Les convulsions des muscles respiratoires ne sont pas aussi fortes, aussi prolongées qu'elles le sont chez l'homme dans les accès d'épilepsie ; aussi les phénomènes d'asphyxie sont-ils beaucoup moins prononcés chez le chien que chez l'homme. Si l'on examine la cavité buccale d'un chien pendant une attaque, on ne voit pas en général la membrane muqueuse de la langue, des lèvres et des joues prendre nettement une teinte de cyanose : le plus souvent la coloration de cette membrane change peu.

« Il n'est donc guère vraisemblable que les troubles cardiaques soient dus principalement à l'asphyxie : cette probabilité devient une certitude, lorsqu'on étudie l'attaque d'épilepsie chez un animal curarisé; je parlerai tout à l'heure de ce qui a lieu dans cette condition particulière.

« J'ai vu parfois la respiration s'arrêter complètement à un certain moment du développement de l'attaque épileptique. J'ai constaté même cet arrêt, chez un chien, avant le début des grandes convulsions, pendant la période qui les précède, période d'*aura motrice*, caractérisée par des mouvements partiels, irréguliers, choréiformes, unilatéraux ou bilatéraux, de la face ou des membres. Il s'agit bien d'une suspension paralytique des mouvements de respiration et non d'un spasme des muscles de l'appareil respiratoire. Ce phénomène morbide inconstant, qui dure plusieurs secondes, est dû sans doute à une excitation particulière du centre respiratoire, et cette excitation est probablement semblable à celle que détermine la faradisation du bout supérieur du nerf pneumogastrique ou de celui du nerf laryngé supérieur.

« En ce qui concerne les sécrétions, voici ce que j'ai observé :

« Il se produit une salivation exagérée pendant les attaques épileptiques, chez le chien comme chez l'homme. C'est un fait noté par tous les physiologistes qui ont provoqué des attaques de ce genre chez des chiens, par l'électrisation du gyrus sigmoïde. Il n'a jamais fait défaut dans mes expériences. Quelquefois il y a un ptyalisme abondant ; le plus souvent, le flux de salive n'est pas très considérable.

« Les différentes glandes salivaires subissent-elles une excitation sécrétoire dans les cas de ce genre ? L'expérimen-

tation seule peut permettre de répondre à cette question. Sur un chien, deux tubes métalliques ont été fixés : l'un, dans le canal de Wharton du côté du droit ; l'autre, dans le canal de Sténon de ce même côté (on a jugé peu utile d'en placer un dans le canal de la glande sublinguale, parce que cette glande est innervée par le même nerf que la glande sous-maxillaire, et que l'on est par là autorisé à admettre que ces deux glandes doivent se comporter de la même façon dans les circonstances dont il s'agit). Le gyrus sigmoïde a été mis ensuite à découvert du côté gauche (1) ; puis on a provoqué une attaque d'épilepsie, en électrisant (2) les points excitables de cette partie du cerveau. Quelques instants après le début de l'attaque, la salive s'est mise à couler par les deux tubes métalliques, très abondamment par celui qui était fixé dans le canal de Wharton, moins abondamment par celui qu'on avait introduit dans le canal de Sténon.

« Sur un autre chien, on avait introduit et fixé des tubes métalliques, non seulement dans les canaux salivaires, mais aussi dans le conduit cholédoque, dans le canal pancréatique, dans un des uretères. Le gyrus du côté gauche ayant été mis à découvert, on a provoqué une attaque d'épilepsie en électrisant les faisceaux de tubes nerveux excitables, qui viennent de cette circonvolution. Les effets pour les glandes salivaires, ont été les mêmes que dans l'expérience précédente.

« L'excrétion de la bile est devenue beaucoup plus abondante qu'avant l'attaque.

« Le flux de salive et de bile n'a pas lieu dès le début même de l'attaque convulsive : il ne commence que quelques secondes plus tard ; il dure en général pendant tout le temps

(1) Chez les chiens qui n'ont pas été anesthésiés préalablement par des inhalations d'éther sulfurique ou de chloroforme, ou par une injection intra-veineuse, soit de chloral hydraté, soit d'un sel de morphine à dose suffisante, la dure-mère cranienne offre fréquemment une telle sensibilité que l'on peut éprouver de sérieuses difficultés à bien la saisir, pour l'inciser sans blesser la surface du cerveau. On produit un notable degré d'anesthésie locale de la durée-mère, en l'humectant avec une forte solution de chlorhydrate de cocaïne, et mieux encore, en passant sur cette membrane la pulpe du doigt chargée d'un peu de ce sel en poudre. On peut ensuite pratiquer facilement, et souvent sans provoquer la moindre douleur, l'incision de cette membrane.

(2) Dans toutes les expériences mentionnées dans cette Note, l'électrisation des points excitables du cerveau a été faite au moyen de courants d'induction saccadés.

des convulsions et ne cesse que quelques instants après que les mouvements spasmodiques ont disparu.

« L'écoulement du suc pancréatique ne s'accélère pas sous l'influence de l'attaque d'épilepsie.

« La sécrétion rénale, sous cette même influence, non seulement n'augmente pas, mais même paraît cesser. Sur un des chiens étudiés à ce point de vue, l'écoulement de l'urine par l'uretère était supprimé au bout de quelques secondes après le début de l'attaque, et recommençait lorsque l'attaque avait cessé. Il est probable que cette interruption de l'écoulement de l'urine ne tenait pas à un spasme de l'uretère : s'il en avait été ainsi, l'urine se serait accumulée dans le bassinet, et plusieurs gouttes seraient tombées du bout du tube, coup sur coup, après la cessation de l'attaque.

» Les choses ne se passaient pas ainsi : l'écoulement urinaire se faisait lentement, goutte à goutte, comme avant la faradisation des parties excitables du cerveau. On peut donc penser qu'il y avait réellement arrêt de la sécrétion, résultant peut-être d'une constriction vasculaire, déterminée par l'excitation du grand splanchnique.

« Les attaques d'épilepsie déterminent aussi une exagération de la sécrétion sudorale ; mais les chiens, sur lesquels ont porté mes expériences, n'ont sué ni sur le corps, ni sur les pulpes digitales (1).

« B. Il m'a semblé qu'il serait intéressant d'examiner si, chez un chien curarisé, on ne pourrait pas provoquer, par la faradisation des points excitables du cerveau, des attaques d'épilepsie, sans convulsions des muscles des membres, du tronc, etc. La paralysie des nerfs moteurs de la vie animale s'oppose, dans de telles conditions, à la production de contractions spasmodiques de ces muscles ; mais la persistance de l'action des nerfs moteurs de la vie organique et des nerfs sécrétoires permet aux excitations des centres nerveux de se traduire encore par des modifications des mouvements du cœur ; par des resserrements ou des dilatations des vaisseaux et des pupilles ; par des contractions de la tunique musculaire du canal digestif, de la vessie, etc. ; par des troubles sécrétoires, etc. On sait que, si l'on fait absorber de la strychnine par un

(1) J'ai vu, au contraire, le corps se couvrir de sueur, pendant des attaques violentes, chez des chiens qui étaient atteints d'épilepsie quelques semaines après des lésions expérimentales du gyrus sigmoïde.

chien curarisé, on peut déterminer, en touchant l'animal, un accès de strychnisme qui ne se révèle à l'observateur que par une dilatation plus ou moins grande des pupilles, des troubles du cœur, l'élévation de la pression sanguine artérielle, des effets d'excitation sécrétoire, etc. On pouvait donc supposer qu'il en serait de même pour les attaques épileptiques. Cette présomption s'est réalisée.

« Sur un chien curarisé et soumis à la respiration artificielle, on a mis à découvert le gyrus sigmoïde du côté gauche. On avait préalablement fixé des tubes dans les canaux de la glande sous-maxillaire et de la glande parotide du côté droit, dans le conduit cholédoque et dans l'uretère du côté droit. On a faradisé la surface du gyrus pendant quelques instants en employant un courant de même intensité que ceux qui, chez des chiens non curarisés, déterminent, à coup sûr, une attaque d'épilepsie. Les pupilles se sont élargies, la salive s'est écoulée rapidement par les deux canaux mis en expérience. L'écoulement de la bile s'est activé, mais dans une faible proportion. L'urine ne coulait pas par l'uretère avant la faradisation du gyrus : il n'en est pas apparu une seule goutte à la suite de cette excitation du cerveau.

« L'électrisation du gyrus n'avait duré que trois ou quatre secondes : l'agrandissement des pupilles et le flux salivaire et biliaire avaient commencé à se manifester au moment où l'on cessait d'exciter le cerveau; ils ont persisté pendant une dizaine de secondes au moins.

« En même temps, les battements du cœur se ralentissaient notablement et devenaient ensuite irréguliers. Ils reprenaient, après une dizaine de secondes, la fréquence et la régularité qu'ils offraient auparavant.

« On a faradisé plusieurs fois le cerveau en laissant un intervalle de huit à dix minutes entre deux faradisations successives, et chaque fois on a été témoin des mêmes phénomènes.

« Ce chien n'était pas dans de très bonnes conditions expérimentales, car on venait de faire sur lui, avant de le curariser, d'autres recherches qui pouvaient avoir modifié l'excitabilité du cerveau. J'ai donc répété cette expérience sur un chien qui avait été curarisé avant que l'on ouvrît le crâne et qui n'a servi qu'au genre de recherches dont je viens de parler. Je résumerai brièvement les résultats très nets qui ont été obtenus.

« 1° Tous les effets par lesquels se traduisent, chez un chien curarisé, les attaques épileptiques sans convulsions des muscles de la vie animale, n'apparaissent que quelques secondes après la fin de l'excitation épileptogène, quand celle-ci ne dure que deux à trois secondes.

« 2° Il y a un flux salivaire abondant qui peut durer plus d'une minute.

» 3° Les pupilles s'élargissent considérablement et restent larges pendant dix, quinze, vingt secondes, puis elles se resserrent, deviennent plus petites qu'elles n'étaient avant l'excitation et reprennent leur diamètre premier après être restées resserrées pendant quelques secondes.

» 4° Les mouvements du cœur se modifient, comme on peut en juger facilement par la palpation de la région précordiale et en prenant des tracés du cours du sang dans une carotide. Ils se ralentissent et deviennent parfois irréguliers : les battements sont plus forts et les systoles plus énergiques. Les collines respiratoires du tracé offrent plus d'élévation. Les modifications des mouvements du cœur peuvent durer plus d'une minute. Elles sont dues, en partie, à un trouble fonctionnel des nerfs cardiaques, trouble d'origine encéphalique ; en partie, à l'augmentation de la pression sanguine dans le système artériel.

« 5° La pression intra-carotidienne du sang s'élève beaucoup. Elle peut monter de 0m,09 à 0m,24, et probablement plus haut encore, lorsqu'on évalue cette pression à l'aide de l'hémodynamomètre à mercure.

« Cette augmentation de pression est due à un resserrement généralisé des vaisseaux qui est produit par une excitation des centres nerveux vaso-constricteurs et qui se révèle par différents autres phénomènes. On voit pâlir la pulpe des orteils : si l'on excise celle d'un des orteils, l'hémorragie à laquelle la plaie donne lieu peut se ralentir ; mais il n'en est p s toujours ainsi, et il y a même parfois un effet inverse. La plaie faite aux téguments et aux muscles craniens pour pratiquer l'ouverture du crâne se met à saigner abondamment, ce qui est dû à la poussée du sang dans les vaisseaux incisés, sous l'influence de l'augmentation générale de pression dans les artères.

« L'élévation de la pression, comme les autres symptômes précédemment indiqués, ne commence à se produire que deux ou trois secondes après que l'on a cessé d'électriser un des

points excitables du cerveau (faradisation pendant deux secondes environ), et elle dure plus d'une minute, puis la pression s'abaisse et revient à son degré primitif.

« 6° Les reins pâlissent un peu.

« 7° La rate se contracte très visiblement.

« 8° La vessie, lors de chaque attaque, entre en contraction et elle expulse une certaine quantité de son contenu par le canal de l'urètre.

« 9° Je n'ai rien vu de bien net par rapport à l'estomac, à l'intestin grêle et à la partie supérieure du gros intestin. Ces parties du tube digestif se sont toutefois un peu congestionnées pendant les attaques,

« Ces expériences montrent que l'on peut, chez un animal curarisé, provoquer des attaques épileptiques confinées dans le domaine de la vie organique. Les phénomènes qui caractérisent ces attaques ne diffèrent pas, au fond, de ce qui se passe dans ce domaine pendant les attaques ordinaires d'épilepsie. »

Séance du 13 avril 1885. — *Influence du système nerveux sur la colorification*. Note de M. CH. RICHET.

« J'ai montré que des lapins dont le cerveau a été piqué ont, au bout d'une demi-heure ou d'une heure environ, des températures de 41°, 42° et même de 43°, la température normale étant du 39°, 6 environ.

« Depuis lors, j'ai pu observer que, si l'on continue, chez le même lapin, à faire chaque jour des piqûres de plus en plus profondes, on provoque, en même temps que de l'encéphalite, des abcès du cerveau et de l'œdème des ventricules, des symptômes de plus en plus graves, caractérisés par un rapide amaigrissement, des paralysies, de la titubation, de la diarrhée et, simultanément, un abaissement énorme de température, laquelle, dans les derniers jours, peut tomber à 28° et 26°. Ainsi l'excitation du cerveau produit de l'hypertermie, tandis que la destruction et la suppuration prolongée produisent de l'hypothermie.

« Ces variations de température tiennent-elles à des variations dans la production ou dans la déperdition de chaleur? Double hypothèse qu'on retrouve dans l'histoire des théories diverses proposées pour expliquer la nature physiologique de la fièvre.

« Pour résoudre la question, il fallait mesurer la quantité de chaleur dégagée; je me suis servi d'un appareil calorimétrique, qui consiste essentiellement en une double enceinte de cuivre, au centre de laquelle est placé l'animal (1). La dilatation de l'air détermine l'écoulement d'eau d'un siphon amorcé, et, par conséquent, l'écoulement d'eau mesure la radiation calorifique de l'animal. Cet appareil, que j'ai appelé *calorimètre à siphon*, est d'un usage fort simple, d'une sensibilité et d'une exactitude suffisantes.

« De ces expériences on peut conclure rigoureusement ce fait important : c'est que le système nerveux, étant excité, provoque des combustions chimiques plus actives dans les tissus; et que la fièvre est due, non à une déperdition moindre, mais à une production plus grande de chaleur, fait qu'on avait admis depuis longtemps, mais sans pouvoir en donner la détermination directe.

« Comme conséquence de cette combustion exagérée, il y a, simultanément avec l'hypothermie, une diminution rapide. Les lapins dont le cerveau a été piqué mangent beaucoup plus que les autres, et cependant leur poids diminue très vite. En cinq ou six jours, quoique toutes leurs fonctions organiques soient conservées, ils perdent plus de $\frac{1}{6}$ de leurs poids.

« De même que l'hyperthermie des lésions cérébrales coïncide avec une production exagérée de chaleur, de même l'hypothermie due à ces mêmes lésions, plus profondes, coïncide avec une production moindre de chaleur.

« Ces expériences prouvent que, si le système nerveux est le régulateur de la chaleur, c'est par une action sur la vie chimique bien plutôt que par une influence vaso-motrice. Dans la fièvre on perd plus de chaleur qu'à l'état normal, dans l'algidité on perd moins de chaleur qu'à l'état normal, de sorte que la température, dans ces deux états, marche de pair avec la production de calorique. Ainsi les changements de production calorique, au moins chez les animaux pourvus d'une fourrure épaisse, ont plus d'importance pour déterminer la température générale que les changements de déperdition calorique. »

Séance du 20 avril 1885. — *Sur les différences que paraissent présenter les diverses régions de l'écorce grise cérébrale, dites centres psycho-moteurs, sous le rapport de leur excitabilité.* Note de M. VULPIAN.

« Les physiologistes qui ont étudié sur des mammifères les effets des excitations électriques de la surface du cerveau proprement dit ont tous constaté que les divers points dont la faradisation provoque des mouvements dans telle ou telle partie déterminée du corps paraissent ne pas posséder le même degré d'excitabilité. Si l'on soumet successivement, par exemple, à la faradisation, sur un chien, la région cérébrale superficielle où l'on a admis l'existence d'un centre moteur pour les muscles de la face, celle où l'on a localisé un centre moteur pour le membre antérieur et enfin celle où l'on place un centre moteur du membre postérieur, on reconnaît facilement que, de ces trois régions, celle qui semble le plus excitable est la région que j'appellerai *cérébro-faciale* par abréviation : la région *cérébro-brachiale* et la région *cérébro-crurale* sont à peu près semblables l'une à l'autre, sous le rapport de leur excitabilité apparente; cependant il y a une légère différence en faveur de la première de ces deux régions. Dans une expérience de ce genre, lorsque la bobine au fil induit (appareil à chariot) avait parcouru 0m185 sur la coulisse, on déterminait des mouvements de la joue et des paupières du côté droit en électrisant la région cérébro-faciale avec le courant induit et saccadé, obtenu dans ces conditions; mais ce courant était trop faible pour produire un effet reconnaissable, quand on le faisait passer par la région cérébro-crurale. Si l'on rapprochait d'un centimètre la bobine au fil induit de la bobine au fil inducteur, c'est-à-dire lorsque la première de ces bobines était à 0m175 du point où elle recouvre entièrement l'autre bobine, on produisait, à l'aide du courant obtenu dans ces nouvelles conditions, un léger mouvement dans le membre antérieure ou dans le membre postérieur, suivant que l'on faradisait la région cérébro-crurale du gyrus sigmoïde. Le mouvement était moins marqué dans le membre postérieur que dans le membre antérieur, et si l'on augmentait un peu l'écartement des bobines, en le portant à 0m178, on observait encore un très faible mouvement dans le membre antérieur, tandis que la faradisation de la région cérébro crurale n'avait aucune action sur le membre postérieur.

« Est-on en droit de conclure de résultats expérimentaux de cette sorte que la substance grise des régions excito-motrices du cerveau, ou la substance blanche sous-jacente, est réellement plus excitable dans certaines de ces régions que dans d'autres? Pour expliquer cette apparente différence

d'excitabilité des diverses régions excito-motrices du cerveau proprement dit, il me semble qu'il faut tenir grand compte de la distance qui sépare les régions cérébrales sur lesquelles portent les excitations électriques des foyers d'origine d'où émanent, soit dans le bulbe rachidien, soit dans la moelle épinière, les nerfs mis en jeu par la faradisation du cerveau. Plus ces foyers sont éloignés de la région cérébrale électrisée plus l'excitation de cette région doit être forte pour les atteindre.

« Il est vrai que cette interprétation est en désaccord avec une théorie qui a fait fortune en Physiologie et qui, aujourd'hui encore, peut-être considérée comme classique. Je veux parler de la théorie de M. Pflüger, d'après laquelle les excitations électriques lancées dans un nerf moteur deviendraient de plus en plus fortes en parcourant ce nerf, du point excité vers la terminaison périphérique. M. Pflüger comparait cette augmentation progressive de force avec ce qui a lieu pour les avalanches, de telle sorte que l'on a parfois nommé cette théorie *théorie de l'avalanche*.

« Si les choses se passaient ainsi en réalité, il est visible qu'une excitation électrique, d'intensité constante, portant sur un nerf moteur, devrait produire une contraction musculaire d'autant plus énergique qu'elle agirait sur un point plus éloigné des muscles : il est tout aussi clair que, d'après cette théorie, un courant trop faible pour donner lieu à une contraction musculaire, lorsqu'il porte sur un point d'un nerf moteur voisin de ses extrémités périphériques, pourrait provoquer cette contraction lorsqu'on le ferait passer par un point éloigné de ces extrémités. En appliquant cette donnée aux effets des électrisations des régions excito-motrices du cerveau, on voit que, si les mouvements produits par ces électrisations sont dus à une excitation, non de la substance grise elle-même, mais des fibres nerveuses qui en partent, les choses devraient se passer non comme on les observe, mais en sens inverse; c'est-à-dire que l'on devrait obtenir des contractions des muscles du membre postérieur, en faradisant la région cérébro-crurale, avec un courant plus faible que celui qui serait nécessaire pour déterminer des contractions des muscles de la face, quand on a agit sur la région cérébro-faciale.

« Nous avons vu, et en cela nous sommes d'accord avec tous les expérimentateurs, qu'il en est tout autrement. Si la

théorie dite *de l'avalanche* est exacte, on pourrait donc repousser l'interprétation que je proposais tout à l'heure pour expliquer comment, pour provoquer un mouvement du membre postérieur en faradisant la région cérébro-crurale, il est nécessaire d'employer un courant plus fort que lorsque l'on veut contracter les muscles de la face, en agissant sur le centre cérébro-facial. Ce serait bien d'une différence réelle d'excitabilité des tissus électrisés qu'il s'agirait dans ces faits d'expérience.

« Mais la théorie de M. Pflüger est-elle exacte?

« Disons tout d'abord qu'elle paraît en contradiction complète avec certains résultats expérimentaux qui ne sont pas contestés. On sait que, dans les membres dont la circulation artérielle est brusquement interrompue, les nerfs moteurs, au bout d'un certain temps, perdent leur action sur les muscles et que leurs rameaux périphériques conservent encore un certain degré de motricité, à un moment où leurs troncs peuvent subir les excitations les plus intenses, sans qu'il en résulte la moindre contraction musculaire. Il en est de même dans l'intoxication par le curare. Si l'on explore d'instant en instant la motricité sur un animal curarisé, dès que l'action des nerfs moteurs sur les muscles commence à diminuer, il arrive aussi un moment où les excitations mécaniques ou électriques des troncs nerveux ne produisent plus de mouvements, tandis que les mêmes excitations, répétées sur des rameaux ou des filets nerveux au voisinage des muscles qu'ils innervent, y déterminent encore des contractions très nettes. Ce sont là des faits bien connus et qu'on explique par une hypothèse entièrement en opposition avec celle de M. Pflüger, c'est-à dire en admettant que les excitations se transmettent aux muscles d'autant moins affaiblies qu'elles ont parcouru un trajet plus court dans les nerfs excités. Que ce soit la contractilité musculaire qui diminue, comme dans le cas de l'interception de la circulation artérielle dans un membre, ou que ce soit un obstacle apporté au passage des excitations des fibres nerveuses à la substance musculaire des faisceaux primitifs, comme dans le cas de la curarisation, il faut, au fur et à mesure de l'accroissement des difficultés de la mise en jeu des faisceaux musculaires par les fibres nerveuses, que les excitants expérimentaux, pour être efficaces, portent sur des points de plus en plus rapprochés des extrémités terminales de ces fibres nerveuses.

« En fait, la théorie de M. Pflüger, qui est repoussée par plusieurs physiologistes, parmi lesquels je citerai M. Rosenthal et M. Marey, s'appuie sur des expériences qui ne sont pas décisives, et si l'on se place dans d'autres conditions expérimentales, plus simples, on obtient des résultats tout différents de ce ceux qu'il a fait connaître. C'est ce que j'ai pu constater de la façon la plus nette sur des chiens.

« Les animaux sur lesquels ont été faites mes expériences étaient chloralisés par injection intra-veineuse, jusqu'à abolition complète des phénomènes réflexes d'origine médullaire. On mettait à découvert le nerf sciatique et ses branches. Le nerf sciatique poplité externe était séparé avec soin du tissu cellulaire environnant, à la partie supérieure de la cuisse, et on le soulevait, en cette région, sans le couper, sur une baguette de verre; on isolait de même le nerf tibial antérieur, immédiatement au-dessus du point où il s'enfonce entre les muscles de la région jambière antéro-externe (1). On faisait ensuite passer un courant faradique extrêmement faible par les parties isolées des deux nerfs susdits. Je citerai les résultats de deux expériences, comme exemples. Sur un chien, on obtenait encore un mouvement assez fort de flexion du pied sur la jambe en faradisant le nerf tibial antérieur avec le courant que donnait la bobine au fil induit, écartée de $0^{m}51$ du point où elle recouvre entièrement la bobine au fil inducteur. Le nerf sciatique poplité externe, électrisé par le même courant, ne provoquait aucun mouvement du pied; il fallait rapprocher la bobine au fil induit de $0^{m}015$ pour déterminer ainsi un mouvement. Chez un autre chien, le tibial antérieur suscitait un mouvement bien net du pied lorsque la bobine qui fournissait le courant induit était écartée sur la coulisse de $0^{m}53$; le nerf sciatique poplité externe ne répondait que lorsque la bobine au fil induit était à $0^{m}51$ de son point de départ. Chez ces deux animaux, la distance entre le point excité du nerf sciatique poplité externe et le point excité du nerf tibial antérieur était de $0^{m}105$. L'expérience a été faite aussi en faisant passer le courant par le tronc du nerf sciatique ou par le sciatique poplité externe

(1) Chez le chien, des deux branches de terminaison du nerf sciatique poplité externe, le nerf musculo-cutané est très grêle, tandis que le nerf tibial antérieur est presque de même grosseur que le tronc nerveux dont il émane.

d'une part, et par le nerf musculo-cutané, d'autre part ; les résultats ont toujours été dans le même sens.

« La théorie de M. Pflüger me paraît donc inacceptable. Les excitations expérimentales des nerfs moteurs, loin d'acquérir une intensité de plus en plus grande à mesure qu'elles parcourent les fibres nerveuses, du point excité vers les extrémités terminales intra-musculaires, perdent progressivement, au contraire, de leur énergie pendant ce parcours, et cette diminution de force peut empêcher l'excitation, si elle porte sur un point du nerf éloigné de la périphérie, de donner lieu à une contraction.

« Je me crois donc autorisé à admette, comme je l'ai dit, que si les excitations électriques doivent être plus fortes pour produire un mouvement du membre postérieur, en portant sur la surface de la région cérébro-crurale, que pour provoquer un mouvement de la face, en passant par la région cérébro-faciale, cela ne tient pas à une différence réelle de l'excitabilité de ces deux régions, mais simplement à la différence des distances qui les séparent des foyers d'origine. comme aussi des extrémités périphériques des nerfs que l'on met ainsi en activité.

« C'est de la même façon que l'on doit expliquer comment chez un chien anesthésié par des doses successivement croissantes de chloral hydraté, la région cérébro-faciale semble conserver son excitabilité alors que celle des régions cérébro-brachiale et cérébro-crurale est déjà abolie. Le chloral agit certainement avec la même rapidité sur ces diverses régions, comme aussi sur les foyers d'origine du nerf facial, des nerfs du membre antérieur et de ceux du membre inférieur; mais, lorsque ces foyers d'origine sont engourdis à un certain degré par le chloral, des excitations d'une certaine intensité, portant successivement sur les diverses parties de l'écorce cérébrale, dites *centres moteurs*, peuvent être encore assez fortes lorsqu'elles arrivent au noyau d'origine du nerf facial pour provoquer des mouvements de la face, tandis que, à cause de la plus longue distance à parcourir, elles ne parviennent aux noyaux d'origine des nerfs des membres que trop affaiblies pour les mettre en activité (1). »

C. V.

(1) Lorsque l'engourdissement chloralique est plus profond, l'électrisation de la surface des régions excitables du cerveau ne détermine

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 23 février 1885.

M. Legrand du Saulle. — *Cas insolite de névrose convulsive.* — Dans les séances des 27 juin et 29 octobre 1883, j'ai eu l'honneur de vous rapporter l'observation très extraordinaire de Rosa G..., et j'ai dit que le nombre de ses attaques convulsives avait dépassé le chiffre de 30.000. Il a été effectivement arrêté, au 31 décembre 1883, à 31,329. En 1884, j'ai noté chez cette même malade 154 crises et 9 vertiges. Je viens aujourd'hui vous exposer la suite de l'observation et vous donner en quelques mots le bulletin actuel de cette névopathe exceptionnelle.

Je ne reviendrai pas sur les hésitations diagnostiques du début. J'avais d'abord cru, et M. Charcot avait cru comme moi, à de l'épilepsie partielle. Plus tard, des phénomènes franchement hytériformes et hystériques sont venus modifier nos impressions premières. La question est maintenant jugée et l'observation de Rosa G... a provoqué un excellent mémoire de notre distingué collègue, M. Gilbert Ballet, médecin des hôpitaux, et de mon ancien interne, M. G. Crespin, sous le titre suivant : *Des attaques d'hysérie à forme d'épilepsie partielle* (étude d'une nouvelle variété d'état de mal épilep-

plus aucun mouvement dans les parties correspondantes du corps, tandis que, si elle porte directement sur les faisceaux blancs excitables sous-corticaux, elle produit encore des contractions plus ou moins fortes dans les muscles de ces parties. Cela tient à ce que, dans cette période de chloralisation, les fibres de ces faisceaux de substance blanche sont elles-mêmes atteintes par le chloral dans l'écorce grise et uniquement dans cette écorce, c'est-à-dire dans les points où elles sont facilement modifiables par les agents anesthésiques. Les courants lancés à la surface du cerveau n'ont plus, lorsqu'ils parviennent aux fibres sous-corticales, après leur diffusion dans la substance grise, l'intensité nécessaire pour mettre en activité les foyers d'origine des nerfs moteurs, par l'intermédiaire de ces fibres. Quand la chloralisation est poussée encore plus loin, les faisceaux blancs eux-mêmes ne répondent plus aux excitations électriques, ce qui s'explique surtout par la paralysie complète des foyers d'origine des nerfs moteurs de la face, du tronc et des membres.

tiforme) (1). Ces deux auteurs ont rapporté plusieurs cas qui ne manquent pas d'analogies avec celui de Rosa G...

Le 11 de ce mois, sans aucun indice préalable, Rosa G... est de nouveau tombée en état de mal, et, à partir de ce moment jusqu'à hier 21 février, à midi 35 minutes, elle a eu 10,861 crises. Ce matin, elle était pâle, défaite, courbaturée, mais allait relativement très bien. La série est donc terminée.

Cette fois, la malade a présenté des phénomènes très nettement hystériques : contorsions en arc de cercle ; crucifiement; battement des paupières ; ouverture de la bouche ; propulsion de la langue en dehors; convulsions prédominantes tantôt à droite et tantôt à gauche ; hémi-anesthésie totale à droite ; phases passionnelles parfois ; hallucinations pénibles de la vue ; terreurs ; température normale ; séries presque subintrantes de 20 à 60, 80 ou 100 crises, séparées par des intervalles de plusieurs minutes à une demi-heure; retour de l'intelligence et de la parole pendant ces intervalles.

Pendant les douze jours de cet état de mal hystérique, j'ai constamment alimenté la malade, jour et nuit, dans les armistices de sa nevrose, et je l'ai fait asssister par le personnel nombreux et dévoué qui, aux séries convulsives antécédentes, ne l'avait pas quittée un seul instant. Les préposées se relayaient de quatre heures en quatre heures et chacune avait ses instructions particulières et son office spécial.

La malade avait eu en 1881 neuf vertiges très manifestes, suivis de fugues inconscientes dans les salles ou les cours. Je note ce détail en passant et j'ajoute qu'elle n'est nullement influencée par la compression ovarienne.

A cette dernière époque convulsive, je n'ai point administré de bromure de potassium.

En additionnant enfin cette nouvelle série de 10,861 crises aux 31,329 attaques précédentes, nous arrivons au total général de 42,190.

Et maintenant, que nous réserve l'avenir? Dès le 25 juin 1883, j'avais eu l'honneur de vous informer que je croyais « être en face d'un cas absolument exceptionnel, insolite et peut-être sans précédent. » Le cas est devenu bien exceptionnel, en effet, et je continuerai plus tard, s'il y a lieu, à vous donner des nouvelles de mon intéressante malade.

De l'état de mal épileptique. — Importance des constatations

(1) *Archives de Neurologie*, Novembre 1884.

thermométriques. M. LEGRAND DU SAULLE. — Je viens de perdre une jeune épileptique, à la Salpêtrière, dans des conditions bien dignes d'être rapportées et qui démontrent la valeur clinique exceptionnelle des constatations thermométriques dans l'état de mal épileptique.

Et d'abord, laissez-moi poser en principe ce premier fait, c'est qu'il n'est pas possible, lorsqu'un épileptique est très amélioré par la médication bromurée, de suspendre l'usage du sel bromique pendant un certain temps, sans que le malade ne soit exposé à une rechute convulsive grave. Toutes les immunités provisoires si lentement acquises peuvent disparaître tout d'un coup et le malade en quelques heures, ou deux ou trois jours, ou en neuf jours au maximum. peut solder tout son arrièré comitial et perdre la vie. Plusieurs années d'une grande sécurité relative, due à la persévérance quotidienne d'une dose immobilisée de brome, peuvent faire place à une catastrophe soudaine. Une suspension un peu trop prolongée d'un médicament devenu indispensable pour maintenir le silence de la névrose, la santé apparente et l'intégrité des facultés de l'intelligence, et tout pourra être dit!

Lorsqu'un épileptique est bromuré de longue date, il continue, après la cessation de l'agent thérapeuthique, à éléminer encore, mais de moins en moins, du bromure de potassium par les urines. A partir du quinzième, du seizième et même du dix-septième jour, on n'en retrouve plus ou presque plus de traces. Si le malade n'avait plus d'attaques, il a déjà pu en avoir une ou quelques-unes dans le court espace de temps qui s'est écoulé depuis son affranchissement de la servitude bromique; mais si les bénéfices du traitement persistent, ce qui n'est pas bien rare, pendant un mois, six semaines, deux mois et même trois mois, il y lieu de ne point partager une quiétude trompeuse. L'ennemi est là, tout prêt à frapper.

Depuis un certain nombre d'années, j'ai toujours insisté sur ces particularités si spéciales, sur ces minuties, et j'apporte d'ordinaire la plus grande vigilance dans le contrôle de mes propres prescriptions; mais, par suite d'une maladie intercurrente chez une bromurée et de la suspension nécessaire de son médicament, j'ai assisté deux fois chez la même malade à l'état de mal le plus grave. La première fois, la malade s'est rétablie, mais la seconde fois elle a succombé.

M... (Angèle), dont il s'agit, est entrée à la Salpêtrière, à

l'âge de dix-sept ans, le 26 novembre 1881. Elle est d'une taille extrêmement peu élevée : à vingt ans, elle ne mesure que 1 mètre 32 de hauteur, mais elle ne présente ni déformations des os, ni déviations rachitiques. Son père, sa mère et ses quatre frères sont bien portants.

A quatre ans, Angèle aurait ressenti une très grande frayeur. Une heure après, on l'aurait trouvée en proie à des convulsions épileptiques, qui ne se seraient pas renouvelées pendant six ans. A dix ans, elle a été reprise de nouveau de ses crises et on en a compté en moyenne de dix à douze par mois, d'après ce que rapporte sa famille, mais je ne me porte pas garant de ces chiffres. Elle a été menstruée à douze ans.

A la Salpêtrière, à la fin de l'année 1881, je relève 38 attaques convulsives et 13 vertiges, et, dans le cours de l'année 1882, 132 attaques et 81 vertiges.

Le 17 janvier 1883, Angèle s'alite et a une fièvre typhoïde. Je traite cette affection et je suspends le bromure de potassium qui avait été jusque là administré à la dose de quatre à cinq grammes par jour. Vingt-cinq ou trente jours après, elle est complètement rétablie, mange et est très gaie, quand elle tombe soudain en état de mal épileptique et a 1,646 attaques en trois jours. Elle se remet et reprend son bromure.

En 1884, elle a 259 attaques et 9 vertiges.

Le 15 janvier 1885, Angèle s'alite encore : elle est très dyspeptique, a un embarras saburral des plus prononcés et de l'ictère. J'attribue ces phénomènes à des calculs biliaires, je suspends le bromure de potassium, je prescris deux purgations, puis de l'eau de Vichy et enfin du sirop d'écorces d'oranges amères.

Le 7 février, Angèle va très bien; elle a quitté le lit et repris ses petites occupations habituelles dans le service, lorsqu'à dix heures du matin, elle tombe, inaugure une immense série de crises et entre dans l'état de mal épileptique.

Le 16 février, elle meurt après avoir eu 2,074 attaques, des urines albumineuses, une large eschare au siège et une température vaginale de 41,8.

A l'autopsie, en dehors de six calculs biliaires de la grosseur d'une petite noisette trouvés dans la vésicule et dans le canal cholédoque, M. Huet, interne de service, note un épaississement très notable de la voûte du crâne et une hémiatrophie du cervelet, le côté gauche étant beaucoup moins volumineux

que le côté droit. C'est dire par là que les lésions anatomiques de l'état de mal épileptique restent encore à découvrir.

Angèle a traversé un état de mal épileptique tout à fait typique, et, en présence de l'élévation graduelle de la température, beaucoup plus que de la multiplicité des crises, nous avons porté le pronotic le plus grave. Les indications thermométriques acquièrent, dans l'espèce, une valeur tellement prophétique que l'on ne saurait trop insister sur l'importance des révélations que fournit l'examen de la température. Le thermomètre, en effet, annonce si l'épileptique en état de mal doit se rétablir ou succomber. Entrons, à ce sujet, dans quelques développements.

Un épileptique, qui a habituellement 37,5, peut très bien avoir 38 pendant et un peu après une attaque isolée. Que sa crise soit forte et l'on peut constater 32,2 et même 38,5. Son pouls s'élèvera en même temps à 80,86 et sa respiration à 23,27. Que des séries d'attaques apparaissent et cela sera bien autre chose. Quant à l'état de mal épileptique, nous allons en esquisser sommairement le tableau clinique.

On désigne sous le nom d'*état de mal épileptique* une situation pathologique principalement caractérisée par la répétition très multipliée, presque incessante des attaques, et par leur caractère subintrant; par un collapsus variable, demi-comateux et même comateux, sans retours intellectuels valables; par des signes d'hémiplégie passsagère, plus ou moins complète; par la fréquence du pouls et de la respiration, mais surtout par une élévation considérable de la température, élévation qui persiste dans les intervalles, rares d'ailleurs, des accès convulsifs.

Rien n'annonce le plus souvent cette explosion de phénomènes graves. Le malade entre d'emblée en scène. La première période est convulsive; la seconde est méningitique.

Période convulsive. — Les accès se succèdent rapidement, sont presque subintrants; le pouls est régulier, petit, précipité, la respiration est fréquente, laborieuse, sans bruit anormal encore; la peau est chaude, la face couverte d'une sueur abondante et visqueuse; les globes oculaires, déviés soit à droite, soit à gauche, sont atteints de nystagmus; les pupilles, parfois inégales, perdent en partie leur contractilité; les narines sont pulvérulentes, et les lèvres cyanosées; la langue se recouvre d'un enduit sec et brunâtre; la déglutition est difficile, la constipation opiniâtre, l'éxcrétion urinaire involon-

taire; l'un des deux cotés est souvent hémiplégié; l'intelligence est abolie, la sensibilité générale est émoussée, un état voisin de la stupeur et parfois le coma s'établit.

Evidemment de tous les symptômes qui constituent l'état de mal épileptique, le plus important consiste dans la multiplicité parfois si extraordinaire des attaques, mais c'est l'élévation de la température qui doit ensuite éveiller toute l'attention du médecin. M. Bourneville, qui a tant contribué à faire connaître l'importance de la thermométrie appliquée à la clinique des maladies nerveuses, a vu, par exemple, une petite malade qui, en cinq jours, est passée de 38, 3 à 43, 1, puis une autre de 37,6 à 41. Or, ce chiffre de 41 est tout à fait hyperpyrétique.

Dans l'état de mal épileptique, la température s'accroît en général dès les premiers accès. Au fur et à mesure que les attaques se multiplient, la température monte, surtout lorsque les facultés s'affaiblissent ou s'abolissent. Il peut se faire que la température, à la fin de cette première période, s'élève à 40 et 41, — et alors la mort survient; — mais dans un certain nombre de cas, le chiffre de 39, 5 n'est pas dépassé, la stupeur se dissipe, la connaissance reparaît et la température retombe promptement à 39, à 38 et même à 37,8.

Période méningitique. — Les accès s'éloignent, deviennent rares, puis cessent. L'intelligence est sérieusement atteinte et l'hébétude est profonde; toutefois, une agitation maniaque très violente peut faire tout à coup explosion et s'accompagner d'hallucinations. La nutrition se trouble, la peau se sèche, les joues se creusent, les yeux se cernent et paraissent enfoncés dans les orbites, le sujet s'amaigrit et l'on voit apparaître des lésions de décubitus, depuis la simple tache érythémateuse jusqu'à une mortification plus ou moins étendue du derme. Chez la malade Angèle, une eschare violacée s'est montrée au sacrum dès le quatième jour, et chez la jeune malade M..., actuellement dans nos salles, et qui se rétablit d'un état de mal épileptique des plus graves, nous observons une eschare aussi vaste que profonde.

La température, comme l'a fait remarquer M. Bourneville, a pu baisser après la disparition des attaques, mais elle subit une ascension nouvelle et la situation devient très périlleuse, surtout si tous les autres symptômes s'exaspèrent simultanément. La dépression fait alors de rapides progrès, le

coma ne tarde pas à être absolu et la mort ne se fait point attendre.

Même dans cette période méningitique, si la température n'a point été hyperpyrétique (40,5; 41; 41,3), si le collapsus diminue, si la langue s'humecte, si les fonctions digestives renaissent un peu, et si surtout la température décroît sensiblement, tout peut rentrer encore dans l'ordre.

L'état de mal épileptique oscille entre trois et neuf jours, M. Bourneville ne l'a jamais vu dépasser neuf jours, et, de fait, la malade Angèle a succombé le neuvième jour. Enfin, la terminaison fatale s'observe dans les trois cinquièmes des cas.

Les constatations thermométriques dans l'état de mal épileptique ont donc une valeur pronostique indéniable, et ce fait n'est pas encore suffisamment connu. Appelé un jour en province auprès d'un jeune homme en proie à des crises incessantes d'épilepsie, je crus pouvoir annoncer la mort prochaine du malade, me basant surtout sur l'élévation de la température, et la mort survint dix-huit heures après. Et ici, dans notre sérvice de convulsives, toutes nos appréciations diagnostiques et pronostiques se fondent en partie, dans le *Status epilepticus*, sur les indications de la thermométrie.

M. Legrand du Saulle. — *Epilepsie causée par la vue d'un cadavre. — Huit cas.* — L'étiologie de l'épilepsie a exercé de tout temps la sagacité des observateurs. Que n'a-t-on pas dit, dans l'antiquité, pour démontrer l'intervention possible de telle ou telle influence ! De nos jours, deux opinions se sont principalement produites, au milieu de beaucoup d'autres : celles de Gowers et de Lasègue. Je crois, quant à moi, que la vérité scientifique ne penche ni vers l'une ni vers l'autre de ces deux opinions.

Gowers, médecin de l'hôpital national pour les paralysés et les épileptiques, à Londres, estime que, de toutes les causes immédiates de l'épilepsie, les causes psychiques sont les plus puissantes. L'excitation intellectuelle, l'anxiété, la peur, la frayeur, sont mentionnées dans un grand nombre de ses observations, surtout chez les jeunes filles. Il admet, en effet que la fille de douze à quinze ans est infiniment plus prompte à s'émouvoir que le garçon, au même âge ; que la frayeur affecte réellement les centres nerveux, produit du tressaillement, un tremblement plus ou moins continu, une accéléra-

tion des mouvements du cœur, parfois un relâchement des sphincters, etc. La statistique de Gowers révèle une prépondérance très marquée des impressions morales.

Lasègue, qui a fait des remarques si ingénieuses sur l'asymétrie du crâne et de la face chez les jeunes épileptiques, affirme, au contraire, que l'épilepsie est la maladie la plus rebelle aux influences extérieures, quelles qu'elles soient; que le mal comitial n'est point le fait d'une sensibilité morale surexcitée; que la frayeur n'est qu'un agent subalterne et qu'il n'a jamais rencontré un cas d'épilepsie franche engendrée par la peur. Comment le plus humble des ictus, comment un instant de frayeur pourrait-il suffire pour créer une affection cérébrale aussi sérieuse, destinée à suivre toute une évolution, et capable d'aboutir aux plus graves perversions encéphaliques, aux catastrophes criminelles les plus horribles?

Ces contradictions m'ont rendu perplexe. En rédigeant chacune des observations des malades de mon service et en prenant d'amples informations auprès des familles mandées *ad hoc*, j'ai été frappé, en ce qui me concerne, de la grande fréquence de l'alcoolisme chez le père, du nombre relativement élevé des traumatimes crâniens antécédents chez les malades elles-mêmes et de la rareté de l'hérédité morbide similaire. Enfin, parmi les impressions morales si souvent alléguées, il en est une que je viens de rencontrer chez huit de mes malades actuellement en traitement; la vue d'un cadavre. Ainsi que vous allez pouvoir en juger par le résumé sommaire de chacune de ces observations, la vue d'un cadavre n'a été presque toujours qu'un appoint, qu'une circonstance étiologique occasionnelle, mais cette seule remarque m'a paru digne de vous être soumise ;

1° C... (Lucie-Hortense), dix-sept ans. A l'âge de sept ans, peur supposée : l'enfant a été mise en présence du cadavre de sa mère. Une première crise s'est alors manifestée. Les attaques sont devenues depuis extrêmement fréquentes, presque quotidiennes. Mère hystérique. Sœurs bien portantes Aïeul maternel alcoolique.

2° V... (Julia), dix ans. A six ans, grande frayeur à la vue du cadavre de son père. Très bonne santé jusque-là. A partir du lendemain, incontinence nocturne d'urine, puis très fréquentes attaques convulsives. Père alcoolique.

3° C... (Marie), douze ans. Attaque d'épilepsie depuis dix-huit mois, avec aura épigastrique préalable. Cause supposée :

frayeur à la vue d'un cadavre. Père ayant commis des excès alcooliques. Mère peu intelligente et probablement hystérique. Sœur bien portante. Père mort à la suite de convulsions.

4° R... (Henriette), quinze ans. Convulsions dans sa première enfance. Frayeur à la vue du cadavre de son père. Crises épileptiques. Impulsions au vol. Violences envers les enfants. Fugues inconscientes très lointaines. Père ivrogne, mort aliéné à l'asile de Ville-Evrard. Oncle aliéné à l'asile de Privas. Mère affectée de pied-bot (hérédité du pied-bot dans sa famille).

5° G... (Henriette), seize ans. A l'âge de sept ans, frayeur à la vue du cadavre de son père. Les crises ont débuté alors et se sont reproduites environ toutes les semaines. Scrofule. Asymétrie faciale. Sœur jumelle très bien portante.

6° P... (Marie), vingt et un ans. Frayeur très vive à l'âge de quatorze ans. Elle gardait son père mourant, quand ce dernier est tombé de son lit et est resté quelque temps à terre. Presque aussitôt alors, première crise convulsive; depuis, quatre ou cinq attaques par mois, suivies de quelques troubles intellectuels. Parents peu intelligents. Frères et sœurs bien portants.

7° H... (Clarisse), vingt-trois ans. Frayeur à l'âge de dix ans à la vue du cadavre de sa grand'mère. Vertiges. Attaques nocturnes. Trouble mental consécutif; emportements, aberrations étranges. Actes de violence. Embarras de la parole. Pas d'hérédité morbide appréciable.

8° L... (Marie), vingt-neuf ans. A vu et embrassé le cadavre de son père à l'amphithéâtre de l'hôpital Beaujon. Accès épileptiques à la suite. Retour des attaques tous les mois. Vertiges très fréquents et amnésie consécutive. Père mort phthisique, mère, frères et sœurs bien portants.

Si l'on se met à parcourir ce qui a été dit par les auteurs, et notamment par Tissot, Maisonneuve, Portal, Frank, Bouchet et Cazauvieilh, Georget, Beau, Leuret, Herpin, Lélut, Cerise et Delasiauve, on voit que les impressions morales, considérées comme causes de l'épilepsie, ont été extrêmement diverses. Tantôt on a noté la vue d'un assassinat, d'un suicide, d'un incendie, d'une exécution capitale, d'une mort subite, d'une attaque d'épilepsie, d'un spectre, d'un homme masqué, d'un fou dangereux, d'une personne tombant dans l'eau ou d'une autre se précipitant par la fenêtre; tan-

tôt, on a parlé d'une menace d'un coup de pistolet, d'un naufrage, d'un épisode révolutionnaire, d'une émeute, de la prise d'une barricade, des morsures d'un dogue, d'une bande de loups pénétrant dans un village ou d'un sinistre épouvantable; tantôt enfin, on a dû tenir compte de chagrins excessifs, d'anxiétés insolites, de guet-apens, d'agressions subites à main armée, de tentatives de viols dans une cave et dans des greniers, de punitions déplorables dans une chambre obscure, de séquestrations criminelles, de plaisanteries lugubres et même de joies foudroyantes.

D'après les détails contenus dans les observations, l'épilepsie aurait débuté soit immédiatement après la frayeur ou dans la nuit qui a suivi, soit le lendemain, quelques jours ou quelques semaines après, soit enfin, dans un très petit nombre de cas, au bout de deux, de quatre ou de six mois.

Pour que l'opinion de Lasègue soit vraie, il faut que tous les auteurs que j'ai cités et qui ont rapporté tant de faits, se soient grossièrement trompés. Or, n'est-ce pas bien difficile à admettre? Non, l'influence des impressions morales ne peut pas être biffée, du jour au lendemain, par un simple trait de plume. J'admets la possibilité de certaines exagérations et même la probabilité de nombreuses erreurs dans toutes les statistiques étiologiques publiées : j'admets que l'on recherchait peut-être autrefois, beaucoup moins qu'aujourd'hui, l'alcoolisme chez le père, les tares héréditaires, les traumatismes cérébraux ou la syphilis, car telles sont en somme, pour ne parler que de celles-là les vraies causes déterminantes de l'épilepsie, mais je crois qu'une part doit rester aux impressions morales.

Même en admettant que les huit cas observés en ce moment par moi ne puissent et ne doivent désormais figurer qu'au paragraphe des causes occasionnelles, je n'en ai pas moins pensé qu'il y avait un véritable intérêt scientifique à relever ce fait émouvant de la vue d'un cadavre.

Dans presque tous les pays et dans un nombre immense de familles, on admet qu'il importe au premier chef de faire voir aux enfants les cadavres de leurs plus proches parents; on les fait approcher de la couche funèbre, et, au milieu de leur saisissement douloureux et mêlé d'effroi, on leur fait déposer un dernier baiser sur le front glacé du père ou de la mère qu'ils pleurent. On désire qu'ils se souviennent pendant toute leur vie de l'époque de la séparation, de l'heure du

déchirement, et qu'ils n'oublient jamais leurs suprêmes adieux à la personne aimée. Il y a là une tradition essentiellement morale, une coutume dont les origines sont dignes du respect de tous, mais l'impression est souvent bien forte, surtout pour des filles de sept à quatorze ans !

En présence des faits que j'ai cités, le médecin ordinaine de la famille ne doit-il pas désormais prendre les devants et faire entendre de sages conseils, sous le réel prétexte que les impressions morales vives doivent être épargnées aux enfants nerveux ? Je le crois et je le demande.

Il y a quelques années, un enfant de trois mois succombe chez ses parents. Au moment de la mise en bière, un frère âgé de six ans et une sœur de quatre ans, viennent s'agenouiller et sangloter auprès du petit cadavre, qui allait être conduit en province. La désolation de toute la famille était poignante, les domestiques affligés encadraient le tableau et la scène se prolongea un peu. L'heure du départ sonna et l'on gagna le chemin de fer. Au retour, je fus appelé et consulté pour des hallucinations visuelles, des frayeurs et des cris nocturnes chez le petit garçon de six ans. Je n'obtins sa guérison qu'au bout de six semaines.

Les parents qui nous quittent ont droit à nos rgrets les plus affligés. Notre douleur ne les mesure pas. Les jeunes orphelins qui restent ne doivent pas être initiés trop tôt aux plus dures émotions de la vie. Qu'on se le dise : l'hygiène cérébrale doit avoir le pas sur le sentiment.

C. V.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Année 1884).

Séances de Juillet. — *Note pour servir à l'histoire du transfert chez les hypnotiques*, par MM. Ch. Féré et A. Bisset.

Le phénomène du transfert, consiste en une transposition de certains phénomènes pathologiques sous l'influence de plusieurs agents, dits æsthésiogènes. Parmi ces agents, un

des plus actifs et des plus commodes à employer est l'aimant ; c'est à lui que nous avons eu recours dans la plupart de nos expériences.

Disons tout de suite que, dans ces expériences, nous ne nous sommes occupés que du grand hypnotisme, dans lequel les phénomènes somatiques permettent de se tenir en toute circonstance à l'abri de la fraude.

I. *Le transfert des troubles spontanés* nous a servi de point de départ.

Parmi les troubles spontanés dont on peut obtenir la transposition chez les hystériques, il faut citer tout d'abord : 1° *les troubles unilatéraux de la sensibilité* se présentant soit sous forme d'hémianesthésie, soit sous forme d'hémydyesthésie ; 2° *les troubles unilatéraux de la motilité*, paralysies flasques ou contractures, peuvent également être transférés dans un certain nombre de circonstances. Le phénomène est aujourd'hui bien connu, au moins dans ses manifestations extérieures ; nous n'y insistons pas davantage.

II. Nous nous arrêterons plus longtemps sur *le transfert des troubles provoqués, des divers états de l'hypnotisme artificiel*.

1° Lorsqu'une hypnotique est plongée dans la léthargie totale avec hyperexcitabilité, dite neuro-musculaire, si l'on ouvre l'œil gauche, le sujet devient cataleptique de ce côté, tout en restant léthargique du côté droit où l'œil reste fermé. Si, dans ces conditions, nous appliquons un aimant à quelques centimètres de l'avant-bras droit, au bout de deux minutes, nous voyons la main droite s'agiter d'un léger tremblement, puis prendre graduellement la consistance des membres cataleptiques et se placer peu à peu dans la position qu'occupait le bras gauche. Ce dernier, après avoir été animé de tremblements plus violents qui ont cessé tout à coup comme un accès d'épilepsie partielle pour laisser la main flasque, a pris tous les caractères de la léthargie.

Le catelepsie comprend maintenant le côté droit tout entier, tandis que le côté gauche, *face*, *bras*, *jambe* est léthargique et hyperexcitable. Le transfert de hémiplégie et de l'hémicatalepsie a été complet sauf sur un point : l'œil est resté ouvert du côté gauche, qui est devenu lethargique, et fermé du côté droit devenu cataleptique. Le transfert peut de même s'opérer en sens inverse.

2° Lorsqu'un sujet est en léthargie ou en catalepsie, si l'on frotte légèrement le vertex sur la ligne médiane, on déter-

mine un troisième état, le somnambulisme. Lorsque, au lieu de faire la friction sur le milieu de la tête, on la pratique un peu latéralement, le côté frictionné passe en état de somnambulisme, tandis que le côté opposé reste dans l'état préexistant, léthargie ou catalepsie. L'*hémisomnambulisme* offre tous les caractéres somatiques du somnambulisme total, absence d'hyperexcitabilité musculaire, et de plasticité cataleptique, hyperexcitabilité aux excitations légères de la peau, au souffle, etc.; si l'on donne une suggestion hallucinatoire, l'hallucination n'existe au réveil que du côté somnambulisé.

Le sujet est capable de répondre quand l'hémisomnambulisme est combiné à l'hémiléthargie; il ne fait, en général, que bredouiller quand il s'agit de l'hémicatalepsie; que l'hémisomnambulisme soit associé à l'hémiléthargie ou à l'hémicatalepsie, il est susceptible de transfert tout comme ces deux derniers états combinés.

III. Si les divers états dérivés de l'hypnotisme sont transférables, il en est de même des différents *phénomènes unilatéraux des trois états de l'hypnotisme* : 1° c'est ainsi que les contractures provoquées de la *léthargie* peuvent être transférées soit avant, soit après le réveil. Ce fait a été mis en lumière par MM. Charcot et Richer; 2° pour la *catalepésie*, l'aimant peut opérer le transfert des attitudes : l'aimant agit en dehors des états de conscience et l'*attention expectante* ne joue aucun rôle dans le transfert; 3° l'aimant a la même action sur les phénomènes unilatéraux de *somnambulisme*, dont le transfert peut avoir lieu soit avant, soit après le réveil, s'il sagit de suggestion persistante. Parmi ces phénomènes, les uns sont *moteurs*, les autres sont *sensitivo-sensoriels*; les uns et les autres peuvent résulter soit de suggestions excitatrices (spasmes, mouvements impulsifs, hallucinations), soit de suggestions inhibitives (paralysies, anesthésies générales ou systématisées).

Le transfert des phénomènes que nous venons de passer en revue s'accompagne de faits objectifs qui permettent de s'avancer avec assurance. Nous devons mettre plus de réserve lorsqu'il s'agit du transfert d'attitude volontaire à l'état de veille chez les sujets hypnotisables.

Nous avons observé quelques faits de ce genre qui n'ont laissé aucun doute dans notre esprit, mais nous désirons faire de nouvelles expériences avant d'entrer dans le détail.

Acide phosphorique et phorphore incomplètement oxydés dans

l'urine des épileptiques, par LÉPINE. — L'auteur insiste sur ce point que l'excrétion de phosphates par l'urine ne donne que, sous réserves, des renseignements certains sur l'étendue des échanges nutritifs; aussi attache-t-il une importance plus grande à la proportion du phosphore incomplètement oxydé contenu dans l'urine.

Séance du 2 août 1884. — *Application thérapeutique de la suggestion par* M.. BERNHEIM. — La suggestion, paraît à M. Bernheim fournir la clef de tous les phénomènes hypnotiques qu'il a observés. Par exemple, pour changer la résolution hypnotique en catalepsie, il suffit de suggérer au sujet l'idée qu'un membre va rester fixe, soit par le changement d'attitude qu'on imprime à ce membre, soit par l'affirmation qu'il va rester dans la position qu'on lui donne. L'hypnotique, en effet, quoique détaché en apparence du monde extérieur entend tout et obéit passivement à l'idée suggérée. Sur aucun de ses sujets, M. Bernheim n'a pu obtenir sans suggestion le transfert d'une contracture, d'une anesthésie, etc., pas plus que le transfert d'une douleur localisée. M. Bernheim ne prétend pas interpréter par la suggestion tous les phénomènes constatés par d'autres observateurs; il indique seulement la part capitale qui revient à la suggestion dans les actes hypnotiques qu'il a étudiés.

M. Bernheim développe, dans une seconde communication, les effets thérapeutiques qu'il a obtenus à l'aide de la simple suggestion chez des sujets hypnotisés; il relate trois cas de guérison de troubles choériques des mouvements de l'écriture, avec observations détaillées et spécimens des modifications de l'écriture à l'appui.

Effet de la suggestion sur les actes organiques, par M. BEAUNIS. — L'auteur montre que certains phénomènes organiques sur lesquels la volonté du sujet ne peut avoir de prise, sont susceptibles d'être modifiés, dans le sens indiqué par l'opérateur, au moyen de la suggestion sur des sujets hypnotisés : sur une jeune somnambule, les mouvements du cœur ont été ralentis ou accélérés, comme le montrent les tracés du pouls, à la volonté de l'expérimentateur; il a suffi d'affirmer plusieurs fois au sujet que son cœur battait moins vite ou plus vite pour voir la fréquence du pouls se modifier.

Mais si la suggestion permet d'expliquer, ainsi que M. Beaunis l'admet avec M. Bernheim, un grand nombre des phénomènes de l'hypnotisme, elle ne suffit pas pour les inter-

prêter tous : une femme étant endormie dans une pièce voisine de celle où un autre sujet est également hypnotisé, a été avertie qu'elle se réveillera au moment où l'autre sortira du sommeil hypnotique; on réveille cette dernière par la simple application de la main sur le front, et la première se réveille aussitôt. Aucune notion du réveil de l'une n'a pu influencer l'autre.

Séance du 11 octobre 1884. — *De la suggestion sans hypnotisme.*

M. Ch. Richet fait, sur ce sujet, une intéressante communication, dans laquelle il montre, par des expériences nouvelles, que cette influence suggestive est bien plus fréquente qu'on ne le suppose.

Si l'on prend, dit-il, un petit objet, un petit canif, par exemple, ou une pièce de monnaie, et qu'on la mette dans la main de telle personne qu'on suppose sensible à l'influence de la suggestion; en lui fermant la main et en la pressant un peu, puis en affirmant qu'il est impossible de la rouvrir, on assistera à un curieux spectacle.

La main ne peut plus se rouvrir : la personne ainsi ensorcelée fait avec le bras et l'avant-bras toutes sortes de mouvements pour essayer de lâcher l'objet qu'elle tient; mais cela lui est impossible, et obstinément la main reste fermée.

Cette expérience très simple est surtout intéressante en ce qu'on a ainsi, par un essai facile à faire et à répéter chez beaucoup de personnes, un moyen de connaître la sensibilité à la suggestion. Jamais, même les plus timorés ne se refusent à tenter l'expérience, et une fois qu'elle a réussi, on est assuré que les autres expériences de suggestion réussiront également.

Sur sept à huit personnes, j'ai fait l'expérience, et deux fois j'ai réussi à obtenir ainsi cette contracture (ou paralysie) par suggestion.

Je crois qu'on peut conclure de ces diverses observations que la sensibilité à la suggestion est en somme assez communément observable; et qu'il existe nombre de personnes qui en subissent facilement les effets. Chez nombre de personnes, l'automatisme psychique est tel qu'une parole affirmative, un ordre, une indication formelle et précise, ne rencontrent pas de résistance, et mettent en jeu, avec une force irrésistible, toute une série de conceptions et d'actions imposées.

De la puissance inhibitrice et de la puissance convulsivante de l'acide carbonique.

M. BROWN-SÉQUARD revient, en détail, sur la puissance inhibitrice et convulsivante de l'acide carbonique, en considérant particulièrement le rôle de ce gaz dans les convulsions de l'asphyxie.

La question, on le sait, est de savoir si c'est à la présence de l'acide carbonique en excès dans le sang ou à l'absence d'oxygène, qu'il faut attribuer les accidents convulsifs? Les physiologistes sont très-partagés sur ce point, surtout depuis l'expérience paradoxale de M. Paul Bert, dans laquelle un chien, après avoir respiré pendant deux heures un mélange de 20 °/₀ de CO 2, de 60°/₀ d'O, et de 20°/₀ d'Az, sans présenter de convulsions, fut pris, sitôt après l'enlèvement de la muselière pour permettre la respiration atmosphérique, d'une grande attaque de convulsions toniques, puis cloniques...

Or, pour M. Brown-Séquard, et d'après un grand nombre d'expériences dont il relate des types, c'est là, en somme, une question de plus ou moins de puissance inhibitoire de CO 2; ou bien cette puissance est suffisante pour tenir en échec le pouvoir excito-moteur de la moelle et empêcher, par conséquent, les convulsions d'éclater ; ou bien elle ne suffit plus, grâce à la diminution de ce gaz dans le sang, et au commencement du retour de l'oxygénation, grâce à laquelle le sang récupère ses qualités excitatrices.

Quant à la puissance inhibitrice de l'acide carbonique en elle-même, elle peut être considérable, ainsi que le montrent les nouveaux exemples rapportés par l'éminent physiologiste.

Ainsi que je l'ai constaté, dit-il, les choses peuvent aller si loin à cet égard, que l'acide carbonique peut produire partiellement, et même d'une manière complète, les phénomènes qu'engendre quelque fois la piqûre du bec du calamus. Il est extrêmement curieux de voir alors, ainsi que j'en ai été témoin trois fois chez des chiens, et deux fois sur un lapin et un cobaye, sous l'influence d'une injection de ce gaz par la trachée, dans les poumons, le sang devenir rouge ou rougeâtre dans les veines, au lieu de voir le sang artériel noircir. Chez ces cinq animaux, la mort a eu lieu par inhibition soudaine de toutes les activités cérébrales, de la respiration, du cœur et des échanges entre les tissus et le sang. Une excitation des ramifications des nerfs vagues dans les poumons a

ainsi produit subitement ces diverses inhibitions, avec toutes les particulartiés que j'ai signalées comme appartenant à la mort sans agonie ou avec des arrêts des échanges.

La puissance inhibitrice que possède l'acide carbonique s'est montrée encore dans nombre de circonstances, d'après ce que j'ai trouvé. Ainsi : 1° un jet violent de ce gaz peut, en agissant sur la narine, inhiber l'activité morbide de certains nerfs donnant lieu aux douleurs de la migraine; 2° un jet de gaz sur la narine ou poussé de bas en haut de la trachée, dans le larynx, — un tube étant fixé au bout inférieur de la trachée coupée pour permettre à l'air de pénétrer dans les poumons, — inhibe souvent d'emblée la respiration; 3° un jet de ce gaz passant de la trachée dans le larynx peut inhiber le pouvoir excito-moteur de la moelle épinière, au point d'arrêter temporairement les convulsions dues à de la strychnine, à de l'acide phénique ou à des hémorragies; 4° un jet de ce gaz, à la condition qu'il soit très violent et qu'il arrive par un tube enfoncé dans la bouche jusqu'au près de l'ouverture laryngienne, peut aussi inhiber d'emblée la puissance morbide du bulbe de la moelle épinière, donnant lieu à une attaque d'épilepsie, chez le cobaye, à un moment quelconque de la durée de cette attaque.

En résumé, l'acide carbonique, suivant les circonstances, peut ou inhiber la puissance excito-motrice des centres nerveux, ou la mettre en jeu et produire ainsi des convulsions toniques ou cloniques.

Et quant à l'opinion d'après laquelle les convulsions de l'asphyxie dépendraient de l'absence ou de la diminution de la quantité d'oxygène dans le sang elle reçoit, de l'expérience de M. Paul Bert et des miennes, un coup décisif puisque c'est lorsque la quantité de ce gaz augmente dans l'organisme que les convulsions surviennent.

Sur les névrites musculaires périphériques dans les paralysies des ataxiques.

M. Déjérine rappelle qu'il n'est pas rare de rencontrer chez les tabétiques des paralysies des muscles de l'œil, lesquelles peuvent se montrer aux diverses périodes du tabes. Au début elles sont en général, transitoires, et elles deviennent permanentes à la période d'état. Leur signification est, on le sait, très importante dans le diagnostic; mais leur pathogénie est peu connue, et ce qui la rend difficile, c'est que ces paralysies sont souvent dissociées, c'est-à-dire bornées à quelques-uns

seulement des muscles innervés, ce qui exclut l'hypothèse d'une origine centrale ou nucléaire.

Le fait suivant semble montrer leur nature périphérique :

Il s'agit d'une femme tabétique depuis dix ans (douleurs fulgurantes, etc., etc.) et ataxique depuis deux ans, qui était atteinte d'une double paralysie du releveur de la paupière, tandis que les autres muscles de l'œil fonctionnaient comme à l'état normal. La chute des paupières était telle que la cornée était complètement recouverte, et que la malade ne pouvait lire ou se guider dans la rue qu'en tenant ses paupières élevées à l'aide de ses doigts et en renversant fortement la tête en arrière.

Cette femme mourut subitement pendant la convalescence d'une fièvre thyphoïde, et l'autopsie montra du côté de la moelle épinière les lésions classiques du tabes, atrophie des racines postérieures avec sclérose des cordons correspondants, et méningite spinale. Les deux troisièmes paires présentaient l'apparence nacrée physiologique, comme tronc et comme racines. Les nerfs intra-musculaires des releveurs, traités par l'acide osmique, et le picro-carmin, étaient extrêmement altérés, la plupart des tubes nerveux étaient réduits à l'état de gaines vides, quelques-uns seulement étaient encore en voie d'altération. Les fibres musculaires des releveurs présentaient au microscope une atrophie très prononcée, avec aspect granuleux dans quelques-uns. Les autres branches de la troisième paire étaient normales, ainsi que les troncs correspondants. Bien que les noyaux des troisièmes paires n'aient pas encore été examinés au microscope, l'intégrité des troncs d'une part, et la limitation des lésions aux nerfs des releveurs d'autre part, démontrent d'une façon suffisante la nature périphérique de ces névrites.

Il existe donc dans le tabes des névrites motrices, tenant sous leur dépendance les paralysies que l'on observe chez ces malades. L'importance de ces névrites dans la pathogénie des paralysies des tabétiques, n'a pas besoin d'être relevée, et leur existence démontre, une fois de plus, combien est complexe dans ses manifestations la sclérose des cordons postérieurs. Ces névrites des nerfs moteurs expliquent les paralysies permanentes, mais l'on pourrait se demander si elles expliquent suffisamment les paralysies passagères ; or, comme ces dernières viennent lentement et disparaissent de même, on peut leur appliquer la même interprétation, avec cette diffé-

rence qu'ici la restauration du nerf peut s'effectuer, et la paralysie disparaître.

Expériences sur la contraction musculaire provoquée par une percussion du muscle chez l'homme.

M. A BLOCH expose les expériences suivantes qu'il vient de faire sur la *contraction musculaire provoquée par une percussion du muscle chez l'homme.*

On connaît l'expérience d'Aeby, relative à la propagation de l'onde musculaire l'orsqu'on excite l'extrémité d'un muscle. Cette onde chemine avec une vitesse d'un mètre par seconde d'un bout à l'autre du faisceau contracté par une excitation directe.

Lorsqu'au contraire l'excitation porte sur le nerf principal qui se rend au muscle, ce dernier, se contracte simultanément dans tous les points de la masse.

La percussion permet de répéter chez l'homme, la première expérience d'Aeby, et, si on frappe en un point le vaste interne de la cuisse, par exemple, on provoque une contraction qui gagne de proche en proche et qu'on peut enregistrer en plaçant des tambours explorateurs à des distances déterminées du point où le choc est produit. Tel est le sujet des expériences dont j'ai l'honneur d'entretenir la Société, et voici des graphiques qui permettent de mesurer la vitesse de l'onde musculaire.

Le moment du choc est exactement répété. On voit sur les tracés un retard d'environ 1/25 de seconde pour un petit point situé à 5 centimètres de l'endroit percuté et un retard de 1/16 de seconde environ pour un point éloigné de 10 centimètres.

La différence, soit 1/42 de seconde, mesure de temps nécessaire à la propagation de la contraction musculaire dans 5 centimètres de muscle, d'où l'on peut conclure à une vitesse de 2 mètres par seconde.

Si Aeby n'a trouvé qu'un mètre, il faut considérer qu'il expérimentait sur un muscle détaché de l'animal et la différence que je viens de relater dans mes résultats n'implique pas nécessairement que, chez l'homme, la vitesse de l'onde soit double de celle des muscles de la grenouille.

J'ai, comparativement, enregistré en deux points éloignés l'un de l'autre la contraction vôlontaire et la contraction provoquée par le choc sur le tendon rotulien. Dans ces deux

cas, le muscle, comme on devait s'y attendre, se contracte en même temps dans toute sa masse. Ce fait est un argument de plus en faveur de la théorie qui explique par une action réflexe et non par une excitation musculaire directe, le phénomène du genou.

Sur l'épilepsie spinale et le moyen d'arrêt instantané de l'attaque. — M. Brown-Séquard, revenant sur ses anciennes expériences relatives à la suspension immédiate d'une attaque d'épilepsie spinale, par une traction énergique exercée sur l'articulation du gros orteil, signale des faits nouveaux observés soit chez les animaux, soit chez l'homme et qui montrent que le même résultat peut être obtenu par le tiraillement des articulations du genou et du cou-de-pied.

Note sur la coloration des tissus du système nerveux central au moyen de la safranine, par M. le professeur Albert Adamkiewicz.

La safranine est une des nombreuses couleurs dérivées de l'aniline. J'ai l'habitude de la conserver en solution aqueuse à 1 pour 60. Au moment de l'employer pour la coloration des préparations histologiques, il importe de filtrer quelques gouttes de cette solution, puis de les laisser tomber dans un récipient contenant de l'eau distillée; le mélange peut être employé dès qu'il a pris à peu près la teinte du vin de Bourgogne. On y place alors les coupes obtenues avec des tissus bien durcis (la coloration dépend du durcissement préalable). Ces groupes ont été d'abord lavés soigneusement à l'eau distillée; on les laisse dans la solution de safranine de trois à six heures; quelquefois même un séjour de vingt-quatre heures est nécessaire.

Quand la coloration est suffisante, on procède à la décoloration, qui est la partie la plus importante de la méthode, et à laquelle il faut accorder la plus grande attention. Elle se fait soit avec de l'alcool auquel on a ajouté des traces d'acide nitrique, soit avec de l'acool absolu.

Dans le premier cas, la substance grise se décolore, ainsi que les septa qui rayonnent à travers la substance blanche et qui, comme je l'ai précédemment fait voir, renferment tous les vaisseaux de la substance blanche. Si le durcissement du tissu s'est fait dans les sels de chrome, la subtance blanche tout entière conserve une belle teinte de cuivre rouge. Si le

tissu a été durci par l'alcool, cette même substance présente une teinte orangée; on constate, en outre, que certaines parties qui avoisinent la substance grise fixent plus fortement la matière colorante que la périphérie. Ces parties se rencontrent symétriquement disposées dans tous les cordons et ont la forme suivante : dans le cordon antérieur, c'est une circonférence située aux confins de la commissure et du fond du sillon antérieur de la moelle; dans le cordon postérieur, elles remplissent l'espace compris entre la commissure, le sillon postérieur et le sommet de la corne; dans le cordon latéral, elles occupent l'angle situé à l'union de la corne antérieure et de la corne postérieure. Quelquefois, les parties que nous venons de décrire sommairement présentent, dans les cordons antérieurs et postérieurs, l'aspect de cornes qui s'appliquent plus ou moins intimement contre la substance grise; il est particulièrement intéressant de voir que quelquefois encore ces parties ne s'appliquent pas aussi intimement à la substance grise, mais en sont séparées par des lacunes très nettes qui, dans le cordon postérieur, ont parfois la forme d'un croissant.

Quand la coloration se fait au moyen de l'alcool pur et non acidulé, on voit, au bout d'un certain temps, se produire une double teinte. En outre de la coloration que nous avons signalée déjà, on constate que la substance grise, les septa de la substance blanche et le tissu conjonctif de la pie-mère, que la méthode précédente laissait incolores, prennent une coloration particulière. Si la pièce a été durcie dans l'alcool, la teinte de ces parties est rouge, si le durcissement s'est fait dans les chromates, elle est violette.

Il importe de rechercher maintenant quels éléments se sont colorés. Voyons d'abord la substance blanche. Les méthodes usitées jusqu'à ce jour (carmin, hématoxyline) coloraient seulement les cylindres-axes; la safranine les laisse incolore, mais se fixe sur une substance qui est contenue dans la myéline, dont elle n'est qu'une partie, et qui se présente sous l'aspect d'un croissant ou d'un cercle.

La coloration rouge ou violette se rencontre dans les noyaux du tissu conjonctif, dans ceux de la névroglie et dans les cellules nerveuses. Cette teinte commune à trois éléments histologiques différents montre entre ceux-ci une certaine parenté au point de vue chimique, constatation qui est

d'autant plus intéressante que M. le professeur Ranvier a fait l'importante découverte de leur identité morphologique.

Tandis que les parties que nous avons signalées dans la myéline peuvent facilement être décolorées, même quand on traite sans précautions suffisantes les préparations, on voit les parties qui se teignent en rouge ou en violet présenter une résistance considérable : on peut ainsi obtenir des préparations qui n'ont plus que cette dernière teinte et qui offrent la plus grande ressemblance avec des préparations au carmin, à celà près que les cylindres-axes restent incolores.

Note sur les fibres arciformes superficielles du bulbe Rachidien, par M. Ch. Féré.

Les descriptions des fibres arciformes superficielles du bulbe rachidien sont des plus variées et leurs connexions sont encore en litige. Certains auteurs les décrivent comme se dirigeant transversalement sur la face antérieure du bulbe en passant au-devant du sillon médian, où elles formeraient une sorte d'avant-pont. Plus souvent on les fait sortir du sillon médian pour se diriger vers la partie inférieure des olives, qu'elles recouvrent quelquefois et enfin se porter en arrière, en dehors des corps restiformes, vers les cordons cuneatus et gracilis. Depuis les travaux de Deiters, de Clarke, de Meynert, on admet généralement que ces fibres arciformes superficielles ont un trajet analogue et les mêmes connexions que les fibres arciformes profondes, c'est-à-dire que, parties des faisceaux gracilis et cunéiforme d'un côté, elles se portent, en affectant des rapports plus ou moins étroits avec l'olive correspondante, vers la ligne médiane, dans le sillon antérieur qu'elles traversent ; et que de là, après avoir traversé l'autre olive, elles se confondent après un entre-croisement complet avec les fibres du corps restiforme du côté opposé. Souvent les fibres arciformes superficielles ont dans la région antérieure une direction parallèle à celle de la pyramide antérieure et ne paraissent avoir aucun rapport avec le sillon médian.

La pièce dont il s'agit nous paraît propre à aider à l'élucidation de cette question. On voit, en effet, sur la partie postérieure du bulbe, l'extrémité supérieure du faisceau grêle dévier ses fibres les plus superficielles pour constituer un faisceau récurrent, qui, né au-dessus du renflement de la pyramide postérieure, se dirige en bas et en avant pour

contourner l'olive, puis remonter de nouveau sur la face antérieure du bulbe. Dans son trajet ascendant, ce faisceau se place sur le bord externe de la pyramide et conserve cette position jusqu'à la limite de la protubérance en restant distinct dans toute son étendue.

Cette pièce semble donc indiquer que l'entre-croisement des fibres arciformes n'est pas tout à fait celui que l'on décrit et qu'elles n'ont pas de connexions nécessaires ni avec le sillon médian ni avec l'olive du côté opposé. Nous espérons que l'étude hystologique de la pièce nous permettra de découvrir l'entre-croisement dans la protubérance, et pourra guider dans la recherche des dénégérations ascendantes du faisceau de Goll.

Action de l'atropine sur le système nerveux, par M. Judée. — L'excitation du bulbe par un fort courant d'induction détermine un arrêt du cœur. On n'a pas encore précisé exactement l'endroit du bulbe qu'il faut exciter pour produire ce phénomène, mais le fait en lui-même est indiscutable. L'irritation des bouts périphériques des pneumogastriques sectionnés produit aussi un arrêt du cœur. Par contre leur simple section détermine une accélération du battement du cœur.

La conclusion à tirer des résultats obtenus dans ces trois expériences est incontestablement la suivante. Il existe dans le bulbe un centre d'inhibition cardiaque dont les pneumogastriques sont les fils conducteurs ou mieux dont les fils conducteurs font partie des pneumogastriques.

Maintenant vous administrez à un animal de l'atropine et vous voyez les battements du cœur s'accélérer, comme après la section des pneumogastriques vous obtenez, comme l'a très bien dit M. le professeur Franck, la section physiologique de ces deux nerfs et l'influence de ce poison peut être comparée à celle du curare sur les nerfs moteurs.

En présence de ces nouveaux faits, je me crois en droit de dire : les phénomènes d'inhibition cardiaque dont le point de départ est un centre nerveux situé dans le bulbe, sont annihilés par l'action de l'atropine sur le système nerveux. comme déjà, d'après moi, ceux propres aux centres moteurs le sont par le curare.

Quant aux centres réflexes proprement dits, l'atropine, comme le curare, n'a aucune action sur eux, puisqu'on peut

l'administrer impunément à un animal, sans jamais voir aucun trouble se produire du côté des phénomènes respiratoires. Comme on sait déjà que la vitalité de la sensibilité générale est annihilée par l'action du chloroforme ou bien de ses dérivés, à l'heure présente il ne resterait donc en définitive qu'à trouver le poison susceptible de porter atteinte à la neuralité réflexe pour connaître tous les poisons jouissant de la propriété de détruire plus ou moins complètement l'action des principales neuralités admises jusqu'à ce jour, soit d'origine centrifuge, soit d'origine centripète.

Provocation du somnambulisme d'emblée (les yeux ouverts). Note de M. Brémand. — On distingue dans le somnambulisme provoqué deux variétés particulières, suivant que le sujet a les yeux clos ou ouverts.

L'ouverture des paupières en permettant l'exercice fonctionnel de la vue, donne au somnambulisme un caractère plus actif.

Les impressions visuelles deviennent l'occasion d'illusions spontanées ; le sujet rêve, met son rêve en action, et peut associer, dans une certaine mesure, les événements illusoires de son rêve.

Cet état de somnambulisme est donc très intéressant à étudier et à connaître. On sait que cette forme de somnambulisme se présente quelquefois spontanément ; la malade Félida du docteur Azan, — l'homme, qui, lors de la catastrophe de la rue François-Miron, fut subitement plongé en état de somnambulisme par le bruit de l'explosion, et ne se réveilla que plusieurs semaines après en Italie, — et bien d'autres encore, sont des exemples bien connus de cet état hypnotique.

Les auteurs qui ont étudié l'hypnotisme provoqué, ne semblent avoir obtenu cet état que secondairement, et le docteur Bottey, dans une publication récente, est tout à fait affirmatif. Le somnambulisme les yeux ouverts, dit-il, n'est jamais primitif, et on l'observe toujours consécutivement à un état antérieur.

Cette assertion a une certaine gravité ; il serait fâcheux de méconnaître l'authenticité de certains faits et d'en nier la possibilité.

En effet, la provocation du somnambulisme les yeux ouverts peut se faire presque instantanément, et le sujet ainsi mis en

somnambulisme ne présentant aucun signe extérieur, attirant évidemment l'attention, accessible aux suggestions, aux hallucinations, aux illusions les plus diverses, pourrait dans certains cas être victime de la malveillance d'autrui, comme il pourrait aussi constituer pour son entourage un danger d'autant plus grand qu'il serait méconnu.

Il est donc nécessaire au médecin légiste d'être mis en garde contre la possibilité de faits de cette nature.

Cet état de somnambulisme d'emblée les yeux ouverts a été provoqué chez un certain nombre de militaires hypnotisables, qui se sont volontairement prêtés à ces épreuves.

Une brusque interpellation, déterminant un mouvement de surprise, accompagnée immédiatement d'une suggestion hallucinante, a suffi pour déterminer chez trois sujets hypnotisables l'état somnambulique avec les phénomènes somatiques accoutumés : insensibilité des téguments, hyperexcitabilité neuro-musculaire, etc.

Cet état, constaté par trois professeurs de l'École de médecine navale de Brest, MM. Féris, Fontan, Bertrand, peut être suivi de somnambulisme les yeux fermés, de léthargie par simple occlusion palpébrale. Le retour au réveil se fait plus facilement après la détermination d'un de ces états.

Quant à la durée de cet état de somnambulisme d'emblée, malgré tout l'intérêt que peut offrir une semblable constatation, je n'ai aucune donnée positive, parce que je n'ai pas cru devoir prolonger assez longtemps de pareilles expériences.

C. V.

JOURNAUX FRANÇAIS

UNION MÉDICALE.

(Année 1885.)

Paraplégie douloureuse par carcinome des vertèbres, par le professeur Capozzi, (de Naples) n°1.

Observation d'un cas de maladie de Thommsen, par le Dr Deligny (n° 5).

La gastroxie nerveuse de Rossbach, par R. Longuet, (n° 21). Cette affection se manifeste chez certains névropathes par accès, reconnaissant pour causes immédiates les travaux intellectuels prolongés, une longue contention d'esprit et présentant toute une série de troubles cérébraux et gastriques semblables à ceux qui accompagnent les digestions difficiles. La rapidité et l'instantanéité des symptômes indiquent bien le mécanisme reflexe et ne permettent pas de les rapporter à une altération du suc gastrique.

La méningite tuberculeuse chez l'adulte, par P. Le Gendre (n° 23). — Pendant longtemps on a cru que la méningite tuberculeuse était rare chez l'adulte et que lorsqu'elle existait, elle était semblable à celle de l'enfant. Or c'est le contraire qu'il faut admettre. « Jamais, dit M. Jaccoud, la méningite de l'adulte ne reproduit le tableau clinique de celle de l'enfant; dans un très petit nombre de cas, un certain rapprochement relie les deux maladies, mais les caractères quasi-constants chez l'adulte sont des irrégularités fécondes en surprises, des symptômes insolites et des allures toutes spéciales qui déroutent complètement le diagnostic. » L'auteur termine son article en appelant l'attention sur les troubles cérébraux prémonitoires de la méningite tuberculeuse qu'il ne faut pas confondre avec la vésanie tuberculeuse survenant chez certains phthisiques. D'ailleurs ces formes différentes de troubles cérébraux correspondent à des lésions anatomiques diverses; tandis que la méningite tuberculeuse a toujours été constatée à l'autopsie des phthisiques ayant débuté dans leur maladie par des troubles cérébraux, M. Ball n'a trouvé, dans les cas de vésanie survenue chez les tuberculeux avérés, que l'hypérémie veineuse des méninges avec anémie et raréfaction de la substance cérébrale.

Paralysie bilatérale des muscles crico-arythénoïdiens postérieurs pendant la grossesse. — Trachéotomie. — Récidive. — Nouvelle trachéotomie. — Guérison, par le Dr P. Aysaguer (n° 46).

FRANCE MÉDICALE.

(Année 1885.)

Observation de pseudo-tabes du a l'intoxication par le sulfure de carbone, par M. Paul Berbès (n° 1).

Observation d'épanchement dans la tunique vaginale

SURVENU A L'OCCASION D'UNE NÉVRALGIE ILEO-SCROTLAE CHEZ UN TABÉTIQUE, par M. PAUL BERBÉS (nº 6).

DEUX CAS DE CONTRACTURE TRAUMATIQUE, par M. BARBIER. (Nº 12.)

TABES. — CRISES LARYNGÉES. — FAUSSE ANGINE DE POITRINE, par M. PAUL BERBÉS. (nº 14).

DE LA FIÈVRE TYPHOIDE CHEZ LES ENFANTS ET DES SYMPTOMES NERVEUX DANS L'ILEO-TYPHUS INFANTILE, par le Dr CANALI. Nos 25 et 26.)

CAUSE DE L'ATROPHIE ET DE LA PARÉSIE MUSCULAIRES APRÈS LA CONTUSION, par M. le Dr NICAISE. (Nº 28.) Observation de contusion du muscle sus-épineux avec atrophie et parésie des muscles sus et sous-épineux. Guérison par la faradisation.

PARALYSIE ASCENDANTE AIGUE, (FORME FOUDROYANTE), par M. BOURDEL. (Nº 33).

CONTUSION DU NERF CUBITAL. — TROUBLES TROPHIQUES, par M. PAUL RAYMOND. (nº 48).

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

(Année 1885.)

OBSERVATION DE NÉVRALGIE DIABÉTIQUE, par le Dr FLORAIN. (Nº 9.)

L'IMAGE HALLUCINATOIRE ET L'IMAGE RÉELLE, par MM. BERNHEIM et CHARPENTIER. (nos 11 et 12). — Chez beaucoup de somnambules il est facile pendant le sommeil de leur suggérer qu'ils verront à leur réveil tel ou tel objet et l'hallucination se réalise avec une netteté telle que le sujet la confond avec la réalité. Or cette image se comporte-t-elle comme une image réelle, objective, traversant l'appareil visuel périphérique, la rétine et le nerf optique jusqu'au centre sensoriel de l'écorce cérébrale, ou bien n'est-elle qu'une image subjective, réveillée directement comme un souvenir dans le centre sensoriel, évoquée par l'imagination du sujet ? MM. Bernheim et Charpentier ont placé devant les yeux de leurs somnambules soit des disques tournants de différentes couleurs, soit des prismes bi-refringents, qui ont la propriété de dédoubler les objets et ils ont pu constater que les réponses des sujets sur lesquels ils expérimentaient, étaient en parfaite contradiction avec les lois de l'optique. L'image suggérée serait donc une image fictive, née toute entière dans l'imagination du sujet. C'est une image cérébrale,

psychique et non physique, qui ne passe pas par l'appareil visuel périphérique, qui n'a pas de réalité objective et n'obéit qu'aux seuls caprices de l'imagination.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE.

(Année 1885.)

Asymetrie du visage et hemiatrophie progressive de la face, par G. Borel. (Nos 1 et 2.) — L'asymétrie de la face est souvent congénitale, mais l'auteur appelle l'attention, avec observations à l'appui, sur les altérations du grand sympathique ou du trijumeau, capables de produire l'hemiatrophie faciale.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE

(Année 1885.)

Sur le traitement de l'alcoolisme par les injections de sulfate de strychnine a hautes doses, par MM. Journaut et Bouvet. (N° 4.)

Traitement du hoquet par la compression des nerfs phrénique et pneumogastrique, par M. le Dr Grognot. (N° 6.) La compression digitale exercée des deux côtés sur la partie inférieure claviculaire du muscle sterno-cleido-mastoïdien qui recouvre les deux nerfs pneumogastrique et phrénique, suffirait pour arrêter le hoquet idiopathique.

Traitement de l'éclampsie puerpérale par les bains chauds, par le Dr Carl Brens. (N° 6.) — Les malades sont mises dans un bain à 38 degrés, dont on élève peu à peu la température ; après le bain elles sont enveloppées dans un drap chaud et des couvertures de laine. Lorsque la sudation est finie, on fait dormir soit par des inhalations de chloroforme, soit par l'hydrate de chloral.

De l'action physiologique du sulfate de cinchonidine sur le système nerveux par le Dr Douvreleur. (N° 6.) Le sulfate de cinchonidine détermine des phénomènes d'ivresse, débutant par des balancements et des oscillations de la tête ; puis l'action est caractérisée surtout par un affaiblissement considérable des membres postérieurs, résultat d'une action déprimante sur le système nerveux central. Bientôt après on observe des vomissements répétés et de la salivation. C'est

alors que surviennent dans certains cas, non constamment, des convulsions ou plutôt du tremblement convulsif. Il faut noter également une diminution considérable de la sensibilité.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE, par le Dr ROBERT SAUNDLEY. (N° 8.) Les meilleurs médicaments sont les bromures qu'il faut donner à doses fractionnées dans la journée, parce que 1° la même quantité de médicament agit avec plus d'energie quand on la donné à doses fractionnées qu'en une seule dose; 2° l'influence du médicament est conservée toute la journée; 3° de hautes doses en une seule fois causent plus facilement la dépression et le bromisme.

RECHERCHES SUR L'ACTION DE LA COCAINE. (N° 8.) — MM. Morselli et Bucolla ont expérimenté l'action de la cocaïne dans certaines formes de mélancolie. Ils ont donné des injections sous-cutanées de 2 milligrammes et demi à 10 milligrammes de cocaïne. Aussitôt après l'administration du médicament ils ont observé une notable dilatation des pupilles, une élévation de la température, une acceleration de la respiration avec augmentation du nombre des pulsations. Après avoir continué pendant un ou deux mois l'administration du médicament, ils ont pu constater une amélioration très marquée. L'insomnie diminue, les malades prennent plus facilement les aliments et la nutrition se régularise.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

(Janvier 1885.)

NATURE CADAVÉRIQUE DE QUELQUES LÉSIONS DES CENTRES NERVEUX, par M. BAILLARGER. — Quelques observations prises avec le plus grand soin, tendraient à démontrer que les adhérences des membranes à la couche corticale, qu'on observe chez les paralytiques généraux, ne se produiraient qu'après la mort et qu'elles devaient par conséquent être considérées comme une lésion cadavérique. Dans l'intérêt de la science il serait désirable que les autopsies des malades morts dans le marasme paralytique, fussent permises après un délai moins long que celui qui est fixé par les règlements.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SOMMEIL PATHOLOGIQUE CHEZ LES

ALIÉNÉS par M. LE Dr SEMELAIGNE. — Observation très intéressante d'un malade qui a dormi d'abord sept mois sans interruption et qui après des alternatives de veille et de sommeil d'une durée moindre, a présenté une dernière crise, qui s'est prolongée l'espace surprenant de quinze mois. L'autopsie a révélé des deux côtés des adhérences partielles de la pie-mère et des altérations caractérisées de la substance grise sous-jacente dans les régions suivantes : 1° le lobule paracentral et particulièrement la circonvolution frontale ascendante, dans sa partie supérieure ; 2° les circonvolutions voisines et limitrophes de la grande scissure sylvienne, dans la région temporo-pariétale ; 3° les trois circonvolutions occipitales et d'une façon prédominante la troisième occipitale. En même temps on a pu constater une diminution notable du poids moyen de l'encéphale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MORPHIOMANIE par M. LE Dr MARANDON DE MONTYEL. — Comme la morphiomanie est une question des plus importantes, qui préoccupe en ce moment tous les esprits, nous ne pouvons mieux faire que de rapporter les conclusions auxquelles l'auteur s'est arrêté dans son travail et qui sont basées sur deux observations fort intéressantes qu'il a recueillies chez des sujets occupant un rang assez élevé dans la société.

1° La morphiomanie a son origine, soit dans un besoin d'excitation intellectuelle et de volupté psychique, soit dans une accoutumance de l'organisme.

II. Les injections de morphine en effet ont deux actions : une action euphoristique et une action spéciale sur le système nerveux, par laquelle son fonctionnement régulier devient impossible au bout d'un certain temps sans le secours du poison. Ces deux actions sont indépendantes l'une de l'autre ; la seconde se manifeste même quand la première ne s'est jamais fait sentir. Il y a donc deux espèces de morphiomanes, les morphiomanes par euphorie et les morphiomanes par nécessité vitale, avec cette réserve que ceux de la première catégorie, après un temps variable, passent dans la seconde.

III. Cette double action de la morphine sur le système nerveux fait de ce poison un remède extrêmement dangereux, qui ne doit être prescrit en injections sous-cutanées que dans les cas de nécessité absolue.

IV. Il est aussi extrêmement dangereux de combattre la

morphiomanie par une substitution alcoolique. La folie alcoolique chronique peut en être la conséquence.

V. La morphiomanie peut toujours être traitée par suppression brusque, à moins de contre-indications formelles tirées de l'état des forces ou d'états pathologiques concomitants. Toutefois cette méthode doit être vite abandonnée si la réaction, au lieu d'être expansive, se produit sous forme d'un collapsus grave.

VI. Dans le traitement de la morphiomanie par suppression graduelle, il paraît avantageux de joindre à la diminution progressive des doses, le recul du moment des injections, de façon à fusionner deux injections en une.

VII. La médecine légale de la morphiomanie se fondera plus sûrement avec la clinique extra-judiciaire qu'avec la clinique judiciaire.

VIII. La première observation de ce travail montre clairement quelle puissante énergie de volonté peut avoir un morphiomane, même vis à vis de sa passion, quand le poison n'a encore déterminé aucun désordre de l'intellect. Il y a là une preuve sérieuse de ce que j'ai déjà dit, à savoir que la responsabilité ne cesse qu'à la période de marasme physico-psychique.

IX. Relativement à la responsabilité des morphiomanes qui commettent des crimes ou des délits pour satisfaire leur passion, il y aurait peut-être lieu de distinguer s'ils ont cédé à un simple appétit d'euphorie ou à une nécessité physique dépendant de l'instinct de conservation. L'irresponsabilité me semblerait justifiée dans le dernier cas.

X. Dans l'appréciation exacte des troubles intellectuels déterminés par l'abus des injections de morphine, il importe, pour rester dans le vrai, de tenir compte des prédispositions vésaniques, des autres substances, telles que l'alcool ou la belladone, absorbées concurremment par les malades, et susceptibles d'amener des délires multiples.

XI. Il serait indispensable pour enrayer les progrès incessants de la morphiomanie, de vulgariser dans les classes élevées de la société, les effets déplorables et infaillibles de cette passion, d'exercer une surveillance plus active sur les pharmaciens et d'édicter des peines spéciales contre ceux qui délivrent de la morphine en dehors des prescriptions médicales.

Corps étrangers dans le larynx et l'estomac d'un dément. Observation recueillie par M. Janin.

Paraplégie d'origine alcoolique suivie de guérison par M. Ph. Rey.

Revue de médecine légale par M. le Dr Giraud. — Attentats aux mœurs commis par les aliénés.

(Mars 1885.)

Contribution a l'étude des complications viscérales de la paralysie générale par M. Carrier.

1° Les phénomènes congestifs dans les viscères thoraciques et abdominaux, que l'on observe dans le cours de la paralysie générale, sont vraisemblablement dus à l'envahissement par les lésions corticales de centres qui sont en rapport avec le système du grand sympathique.

2° La lésion de ces centres peut rendre compte non seulement des congestions viscérales et des troubles généraux de la nutrition, mais encore du délire mélancolique qui accompagne ordinairement ces symptômes, et notamment du délire hypocondriaque.

3° Si les conceptions délirantes mélancoliques doivent être localisées quelque part dans l'écorce cérébrale, ce doit être dans les régions de cette écorce qui sont en rapport avec le système sympathique, régions dont l'altération peut faire naître un état de conscience capable de les produire.

Observation d'accès d'hystéro-somnambulisme hallucinatoire consécutif a l'absorption d'une dose toxique de camphre par M. le Dr Planat.

Pachyméningite avec symptomes de paralysie générale par M. Christian. — Faiblesse intellectuelle. — Alcoolisme. — Délire de persécution. — Idées de grandeur. — Dans les derniers mois accès d'agitation maniaque. — Mort par hémorragie méningée (pachyméningite). — Aucune lésion de paralysie générale.

Lypémanie avec albuminurie, par M. Mabille. — Lypémanie avec délire de persécution, hallucinations terrifiantes, tendance au refus des aliments, impulsions irrésistibles. — Anémie profonde; amnésie; albuminurie; manifestations mentales correspondant au degré d'albuminurie. — Amélio ration de l'état général et disparition de l'albuminurie; sortie par amélioration.

UNE VISITE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE DOBRAN par M. le Dr J. DAGONET.

REVUE SCIENTIFIQUE.

(Année 1885.)

LA THÉORIE PHYSIOLOGIQUE DE L'HALLUCINATION par MM. BINET et FÉRÉ. (n° 2.) La physiologie des hallucinations a reçu de nombreuses interprétations. Les uns ont placé l'origine des hallucinations dans les appareils sensoriaux périphériques, les autres les considèrent comme un phénomène purement intellectuel, et une troisième doctrine, combinaison des deux premières, fait intervenir le centre intellectuel et l'organe périphérique : c'est la doctrine psycho-sensoriale. MM. Binet et Feré adoptent la théorie, déjà exposée par M. Tamburini, d'après laquelle l'hallucination est produite par une excitation des centres sensoriaux ; leurs conclusions émanent d'une série d'expériences très intéressantes qu'ils ont pratiquées sur des sujets hypnotisés.

CRIME OU FOLIE : MISDEA MEURTRIER CALABRAIS. (n° 11.) — Observation d'un soldat calabrais, traduit devant un conseil de guerre, condamné et fusillé malgré des traces évidentes d'hérédité et les caractères spéciaux de l'épilepsie larvée, reconnue par les experts mêmes de l'accusation.

LES LOCALISATIONS cérébrales par M. VULPIAN. (N° 15.) M. Vulpian ne se pose pas en adversaire résolu de la doctrine des localisations cérébrales, mais il pense que l'existence des centres psycho-moteurs n'est pas suffisamment prouvée et il se demande si les phénomènes de mouvement observés expérimentalement sont dus à l'excitation de la substance grise corticale ou de la substance blanche sous-jacente.

G. BOYÉ.

JOURNAUX ALLEMANDS

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT

1885. N° 2

W. ERB. ZUR LEHRE VON DER SPINALEN ATAXIE [Contribution à l'étude de l'ataxie médullaire.]

W. Erb rappelle les principales théories qui ont cours sur

l'ataxie, celle de Leyden qui fait de l'ataxie une lésion centrifuge et attribue l'incoordination aux troubles de la sensibilité et celle de Friedreich qui considère l'ataxie comme une maladie d'ordre centrifuge et due aux lésions des faisceaux conducteurs et coordinateurs. La première théorie, d'après Erb, ne peut plus être admise; elle est en effet ruinée par les faits dans lesquels on rencontre des troubles de la motilité très développés, mais sans aucun trouble de la sensibilité. Les faits de cet ordre ne sont pas fréquents, mais ils existent; Erb, pour en donner la preuve, cite une observation détaillée d'ataxie locomotrice sans troubles de la sensibilité.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT

1885, N° 3.

DES CELLULES GANGLIONNAIRES DE L'ÉCORCE DU CERVEAU DANS LA PARALYSI GÉNÉRALEE DES ALIÉNÉS, par E. MENDEL. -- La diversité des opinions sur ce point peut d'autant moins surprendre que les anatomistes ne sont pas d'accord sur l'aspect *normal* des cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale. D'après Henle et Meckel, les cellules de l'écorce cérébrale sont entourées d'espaces claires, transparents, sans doute remplis de lymphe (« espaces péricellulaires »). Mais Boll et Krause considèrent ces espaces comme des productions artificielles, dues à la rétraction de la cellule, d'où résulte l'état chagriné que prend le corps cellulaire, tandis que Obersteiner, Ripping, Forel, le duc Charles de Bavière, Lewis, croient qu'ils existent pendant la vie. L'auteur se range à ce sentiment. Ces espaces entourent, à l'état normal, très étroitement les cellules; le mode de préparation peut simplement agrandir ces espaces, non par suite de la rétraction de la cellule, qui lui donne cet aspect chagriné, mais par celle du tissu intercellulaire.

Le *volume* des cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale présente, comme on sait, des différences très grandes. D'accord avec d'autres auteurs, l'auteur estime que le diamètre de la base oscille de 7 à 50 μ, le diamètre en longueur entre 10 et 75 μ. Quoique les plus grandes cellules se rencontrent surtout dans le lobule paracentral, on trouve aussi, isolées au milieu de cellules moyennes ou petites, de grosses cellules semblables aux cellules géantes dans les lobes fontaux et dans les lobes

occipitaux particulièrement. Ainsi, considéré en soi, le volume des cellules n'est pas un élément de diagnostic pour l'état normal ou pathologique.

La *forme* des cellules est ou ronde, ou fusiforme, ou pyramidale. Cette dernière forme est surtout caractéristique pour les cellules de l'écorce cérébrale. Le *protoplasma* des cellules apparaît, avec des grossissements moyens, finement granulé ; il se colore fortement par le carmin ; dans les cellules isolées, il paraît jaunâtre. Touchant la *forme du noyau*, qui, croissant avec la longueur des cellules pyramidales, atteint dans son plus grand diamètre jusqu'à 20 μ dans les grosses cellules, et n'est que de 1 μ dans les petites, les auteurs ne sont point d'accord : Krause et Schwalbe estiment qu'elle est de forme ellipsoïde. Krause croit donc que la forme pyramidale attribuée par Meynert au noyau est une production artificielle due à la rétraction de la cellule par suite du retrait de l'eau, surtout à l'extrémité qui regarde le prolongement du sommet de la cellule ; d'où compression de la cellule. L'auteur tient la forme ellipsoïde du noyau pour normale et ordinaire ; elle se présente nettement aussi dans l'écorce cérébrale des singes et des chiens. Quant aux différents *prolongements de la cellule* — prolongement de la base ou moyen, prolongements des angles de la base, prolongement du sommet — les auteurs sont d'accord ; il n'y a donc pas lieu d'insister.

Quel est maintenant l'état des cellules ganglionnaires de l'écorce dans la paralysie progressive des aliénés ?

Dans un grand nombre de cas, dans ceux en particulier qui se terminent rapidement par la mort, les modifications des cellules ne sont pas nettement démontrables. Là même où le tissu interstitiel est sclérosé, les cellules nerveuses ne présentent encore aucune modification notable. Aussi, l'auteur est-il convaincu que le processus de la paralysie progressive n'a pas son point de départ ni sa raison d'être essentielle dans les cellules nerveuses ; ses recherches anatomiques et expérimentales l'ont conduit au même résultat. Les lésions des cellules ne sont reconnaissables que dans les cas de paralysie qui ne se terminent par la mort qu'après une longue durée, quand la démence a évolué, et que des phénomènes intenses de paralysie se sont manifestés. Voici celles de ces lésions que cite l'auteur :

1. Extension des *espaces péricellulaires* et remplissement de

ces espaces par une *masse jaune*, ne se colorant pas ou ne se colorant que faiblement par le carmin.

Mendel n'a aucun doute sur la nature pathologique de ces phénomènes : jamais il ne les a observés à l'état normal sur plus de mille préparations de cellules cérébrales de chiens ou de singes qu'il a examinées.

2. Le *protoplasma* subit la dégénérescence graisseuse et pigmenteuse des auteurs ; le contenu jaune des cellules, qui ne se montre qu'exceptionnellement dans l'âge moyen, apparaît dans un grand nombre de celles-ci ; on n'en distingue que rarement d'aspect normal ; apparaissent au milieu d'elles en outre, des granulations opaques, sombres, ou au contraire brillantes, réfractant la lumière. On trouve surtout ces cellules dans le lobe frontal, dans le lobule paracentral, mais aussi dans le lobe occipital et dans d'autres régions.

3. La *sclérose* et l'*atrophie des cellules* se manifeste par la perte du contenu finement granuleux de la cellule ; elle prend un aspect strié, semble plus consistante, et l'on note les transitions qui la font passer de l'état normal à l'état d'une masse qui n'a plus rien de ce qui caractérise une cellule. La déformation des contours indique très clairement les lésions anatomo-pathologiques. Le nombre des cellules atrophiées est parfois si grand, et l'intensité des lésions si considérable, qu'au premier coup d'œil on ne découvre plus, à l'aide du microscope, aucune cellule ganglionnaire dans les régions du cerveau intéressées.

4. Lésions des *noyaux*. Leur contenu paraît modifié de la même manière que le protoplasma de la cellule ; ils sont également déformés, rabougris ; ils ne sont plus, comme d'ordinaire, au milieu des cellules, mais au bord, et affectent souvent alors une forme pyramidale, triangulaire. Là où l'atrophie a atteint un degré très élevé, on ne voit plus du tout de noyaux. Outre ces modifications, on a noté aussi et décrit un *grossissement* des noyaux dans le stade antérieur de la maladie. Mendel a vu, dans quelques cas isolés, ces gros noyaux dans un grand nombre de cellules de certains territoires corticaux, si bien qu'il incline à considérer comme pathologique cet état des noyaux lorsqu'il est étendu à un grand nombre de cellules.

Quant aux autres parties de l'encéphale, Mendel n'a pas plus découvert de lésion des cellules ganglionnaires dans les ganglions de la base, que dans le pont de Varole et dans les

noyaux des muscles de l'œil, tout au moins de lésions qu'on puisse nettement définir, si ce n'est, dans des cas de très longue durée, une dégénérescence des cellules des noyaux de l'hypoglosse.

Sclérose multiple avec névrite des nerfs optiques ayant amené l'atrophie totale de ces nerfs et la cécité complète, par A. Eulenburg.

De quelques phénomènes d'états épileptiques et comateux par L. Witkowski. L'auteur décrit une variété d'épilepsie très rare et peu connue : il s'agit d'une paralysie momentanée, d'une solution de continuité entre la volonté et les muscles, sans trouble de la conscience ni convulsions. La constation d'un état semblable est d'une grande importance pour la juste appréciation de beaucoup d'actes des épileptiques. Où faut-il placer le siège de cette interruption dans la conduction des processus nerveux? On peut songer à différents points de l'encéphale où, comme dans la capsule interne, par exemple, les voies motrices sont rassemblées en grand nombre. Si l'on préfère recourir à la substance grise, on peut rappeler les nouvelles recherches de Christiani et de Bechterew, d'après lesquelles il existerait un centre bien déterminé de la *coordination des mouvements* dans la substance grise centrale du plancher du troisième ventricule. En tout cas, des attaques rudimentaires du genre de celles dont nous parlons rendent vraisemblable que la modification ou lésion, de nature inconnue, qui est la condition des attaques d'épilepsie, ne doit pas toujours être située dans un seul et même point, soit de l'écorce, soit de la moelle allongée, mais peut avoir son origine en des points très différents du système nerveux. A partir de son point d'origine, le processus s'étend à une grande partie du cerveau et détermine les convulsions, les pertes de la conscience, etc.; il peut aussi rester par exception tout à fait limité à un point et ne provoquer que des phénomènes rudimentaires.

Atrophie musculaire héréditaire et pseudo-hypertrophie des muscles, par Schultze, d'Heidelberg.

Communication relative a la prétendue absence, chez les reptiles, d'une division des tubercules quadrijumeaux, par C. E. Spitzka. Chez tous les Amniotes, les ganglions des deux paires antérieure et postérieure des tubercules quadrijumeaux sont représentés. Les ganglions antérieurs sont des intumescences toujours visibles, comme lobes optiques,

chez les reptiles et les oiseaux, et, chez les mammifères, comme paire antérieure des tubercules quadrijumeaux.

Les lobes optiques des Sauriens correspondent seuls aux tubercules quadrijumeaux antérieurs de l'homme et des mammifères; les lobes optiques sont en rapport direct avec les nerfs optiques et présentent une véritable structure corticale. Ce n'est point le cas des tubercules quadrijumeaux postérieurs de l'homme, des mammifères, des *lobi postoptici* de beaucoup de reptiles; lesquels n'ont aucun rapport, au moins direct, avec les nerfs optiques. Les ganglions antérieurs et postérieurs des tubercules quadrijumeaux sont des ganglions tout à fait différents aux points de vue physiologique, histologique, ontogénétique et phylogénétique. Leur ressemblance extérieure est un « accident » anatomique. Les ganglions postérieurs sont cachés, mais ils existent, chez beaucoup de reptiles (Chéloniens, Lézards) et chez les Oiseaux; on les distingue chez l'Alligator et le Pseudopus; ils sont très nettement indiqués chez le Boa et l'Iguana.

En général, les ganglions postérieurs des tubercules quadrijumeaux sont développés en raison directe du degré ascendant d'évolution des êtres, si bien que, chez les mammifères, ils sont plus développés que chez les reptiles.

Outre les deux paires antérieure ou postérieure de ganglions, il existe, chez certains reptiles, une troisième paire de ganglions, très apparente chez l'Iguana, qui se trouve ainsi posséder non seulement deux paires, mais trois paires de tubercules quadrijumeaux, soit six tubercules.

Du traitement gynécologique de l'hystérie (Clinique universitaire des maladies mentales de Leipsik), par Paul Flechsich. — Hysteria magna avec troubles psychiques intenses. — Castration. — Guérison complète, etc.

Contribution a la pathogénie de la névrite multiple, par L. Hirt. — Les observations ici rapportées n'ont trait qu'à une affection des nerfs périphériques exclusivement, à une névrite primaire, affection qui ressemble au tabes dorsalis « comme un œuf à un autre œuf », bien que la moelle épinière ne soit pas intéressée, et que Déjérine a eu, par conséquent, le tort, suivant l'auteur, d'appeler « neuro-tabes périphérique. » (Cf. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1883). Presque tous les symptômes principaux du tabes dor-

salis se présentent dans cette affection, à l'exception toutefois des troubles des muscles de l'œil et de la vessie, ce qui peut servir de diagnostic différentiel.

Jules SOURY.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT

1885, p. 251.

ED. KRAUSS. ZUR PATHOLOGISCHEN ANATOMIE DER TABES DORSALIS [Contribution à l'anatomie pathologique du tabes dorsal]

L'auteur donne un compte-rendu détaillé de l'autopsie de 14 malades atteints de tabes dorsal. Il se pose la question de savoir quelles sont les lésions primitives de l'ataxie, celles des nerfs ou celles du tissu conjonctivo-vasculaire ; malheureusement le résultat des autopsies qu'il a faites ne saurait guère éclaircir la question ; car les lésions des deux ordres existaient dans ses observations à peu près au même degré. Au niveau des vaisseaux Krauss a remarqué l'inflammation et l'épaississement de la tunique externe des artères. Quant aux fibres nerveuses, elles ne présentèrent que les lésions ordinaires, atrophie des fibres nerveuses et présence de corps amylacés en nombre variable. Krauss a examiné les nerfs sciatiques dans cinq cas de tabes; deux de ces cas présentaient des lésions incontestables : dans le premier, il existait des lésions phlegmoneuses, dues à l'élongation des deux sciatiques pratiquées pendant la vie ; dans le second cas, il y avait une atrophie très-notable des fibres nerveuses, sans qu'on pût trouver à cette altération d'autre cause que le tabes.

H. G.

CONTRIBUTION A L'ANATOMIE DES TUBERCULES QUADRIJUMEAUX, par le Dr DARKSCHEWITSCH (de Moscou).

Ces recherches, entreprises dans le laboratoire du professeur Flechsig, portent sur des questions d'anatomie comparée relatives aux tubercules quadrijumeaux. Grâce à la coloration par l'hématoxyline conformément à la méthode de Wesgert, l'auteur a pu reconnaître que chez le lapin, la bandelette optique se termine dans les tubercules quadrijumeaux supérieurs. Cette disposition est surtout visible au niveau des deux tiers antérieurs de ces tubercules.

H. G.

BERLINER KLINISINE WOCHENSCHRIFT

1885 (1)

N° 41. — Ueber eine eigenthumliche progressive atrophische Paralyse bei mehreren Kindern derselben Framilie von Prof. Schultze in Heidelberg. [D'une forme spéciale de paralysie atrophique progressive chez plusieurs enfants de la même famille.]

Trois enfants de 3, 5 et 8 ans, nés de parents bien portants, devinrent tous malades pendant le cours de leur seconde enfance. Ils eurent peu à peu aux deux jambes un pied varus. La petite fille de 3 ans présenta de la paralysie et de l'atrophie dans la région du nerf péronier, avec réaction de dégénérescence dans les muscles atteints ; le réflexe tendineux était normal ainsi que la sensibilité. L'enfant de 5 ans, un petit garçon, présenta outre ces symptômes une paralysie presque complète, de l'atrophie et de la réaction de dégénérescence dans la région des deux nerfs tibiaux. Chez la jeune fille de 8 ans, l'atrophie gagna la cuisse; le réflexe tendineux disparut et cependant la sensibilité ne fut pas complètement éteinte. On constate aux mains de cette enfant une atrophie considérable des muscles (thénar, hypothénar, interrosseux) et tous les mouvements correspondants sont impossibles. La région radiale n'est pas intacte non plus, les muscles du bras sont minces. La sensibilité tactile des mains est diminuée, mais les troubles sensitifs sont loin d'avoir la même intensité que les troubles moteurs.

Chez aucun des trois enfants on ne constate des contractions fibrillaires; tous les trois avaient entre le deuxième et le troisième orteil de chaque pied, une membrane très développée.

Schultze suppose qu'il s'agissait ici d'une lésion périphérique multiple et il se fonde surtout sur l'absence de contractions fibrillaires et l'existence d'une réaction de dégénérescence complète. L'étiologie de ces accidents est assez difficile à établir; c'est plutôt une disposition acquise que congénitale et l'on pourrait à cet égard invoquer la poliomyélite aiguë, ou la paralysie spinale atrophique des enfants qui dans certains cas se développe sur plusieurs enfants de la même famille.

Ad. Ruff.

(1) Voyez *Encéphale*, 1885, n° 1.

Des injections sous-cutanées de fer dans les psychoses, par W. Hasp. [*Zeitschrift fur Psychiatrie. Band V. Heft.*, — p. 526.]

Pour M. Hasp, l'anémie joue un rôle on ne peut plus important, pour ne pas dire prépondérant dans l'étude des psychoses. En général, il suffit d'un régime tonique pour rétablir l'état des forces; mais quelquefois aussi, il faut lutter contre l'anémie grâce à des moyens plus énergiques et employer les agents pharmaceutiques. Le fer se trouve naturellement indiqué dans des cas semblables; mais, comme dans bien des cas ce médicament est mal supporté par l'estomac, il a paru nécessaire d'avoir recours à l'introduction d'acide de fer dans le torrent circulatoire. D'après M. Hasp, ce sont surtout les malades présentant les formes mélancoliques de l'aliénation mentale qui doivent être soumis à ce traitement. Plusieurs préparations ont été préconisées dans ces derniers temps pour les injections sous-cutanées de substances martiales. Ce sont surtout le fer pyrophosphorique ammoniacal et l'albuminate de fer. Le premier de ces médicaments n'a donné à M. Hasp que des résultats médiocres et même a produit dans plusieurs cas des accidents locaux. La seconde de ces préparations est aussi difficilement supportée. M. Hasp a abandonné ces différents agents pharmaceutiques et s'est arrêté à une préparation nouvelle qui lui a été fournie par Fiuzelberg et à laquelle on peut donner le nom de peptonate de fer. On pouvait espérer que cette substance serait facilement soluble et facilement absorbée par le milieu sanguin. 10 centigr. de ce peptonate de fer représentant 25 miligr. d'oxyde de fer. Cette préparation a été essayée par Hasp sur de nombreux malades de 1879 à 1881 à la dose de deux sujecti-hypor. par jour. Dans quelques cas seulement il y eut réaction locale et inflammation des téguments. Les troubles physiques, observés d'ordinaire dans la mélancolie furent notablement améliorés par ce traitement; les caractères du pouls se modifièrent, la peau et les muqueuses se colorèrent davantage, de là le traitement a été favorable au point de vue physique, on peut lui reprocher de n'avoir pas été suffisamment efficace au point de vue psychique et de n'avoir pas tenu les promesses qu'il avait inspirées à son auteur. Néanmoins ces expériences sont intéressantes et mériteraient d'être continuées.

Guérison d'une psychose sous l'influence d'un érysipèle de la tête, par H. Landerer. [*Algemeine Zeitschrift fur Psychiatrie* 1885. *Band V. Heft, p.* 554.]

Le travail de Heinrich Landerer est une intéressante contribution à l'étude de l'influence que peuvent avoir les maladies aiguës sur la marche de l'aliénation mentale. Plusieurs auteurs (Fiedler, Wendel, etc.), ont cité des cas où l'apparition d'un érysipèle de la face ou du cuir chevelu a exercé une influence heureuse sur la marche d'une psychose. L'observation de Landerer vient à l'appui de cette opinion et nous montre le cas d'une jeune fille atteinte du délire mélancolique depuis plusieurs mois, et chez laquelle on vit diminuer et guérir les symptômes psychiques en même temps que disparaissait un érysipèle de la tête. D'après la lecture de l'observation, il semble bien qu'il y a là plus qu'une simple coïncidence, mais cette influence favorable, doit-on l'attribuer à l'érysipèle lui-même, aux phénomènes fébriles, ou à la suppuration ? On ne saurait le dire ; car dans un cas semblable, on ne peut raisonner que par analogie. On peut supposer non sans quelque raison que les phénomènes d'irritation périphérique peuvent dans une certaine mesure régulariser la circulation cérébrale et produire ainsi une amélioration notable.

H. G.

NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Par décret en date du 30 mars 1885, ont été nommés chevaliers de la légion d'honneur, pour services exceptionnels rendus pendant la dernière épidémie cholérique :

M. le Dr Benoit, médecin de l'asile d'aliénés de Privas (Ardèche) ;

M. le Dr Campagne, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse).

Les récompenses suivantes ont été en outre accordées par décret en date du 30 mars, sur la proposition des ministres de l'intérieur et du commerce :

Médailles d'or de 1re classe : M. Cartoux, directeur de l'asile Saint-Pierre à Marseille ; le Dr Dauby, directeur médecin de

l'asile d'Aix ; le Dr Bouteille, directeur médecin de l'asile de Toulouse; le Dr Goujon, sénateur, maire du XIIe arrondissement de Paris.

Médailles d'or de 2e classe : M. le Dr Rougé, médecin de l'asile d'aliénés de Limoux; le Dr Abram, médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Marseille; le Dr Maunier, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés d'Aix; le Dr Motet, vice-président de la commission d'hygiène du XIe arrondissement de Paris.

Médailles d'Or : M. le Dr Febvré, médecin adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse); Mme Raynaud (en religion sœur Saint-Opportune), supérieure de l'asile de Montdevergues.

Médailles d'argent de 1re classe : M. le Dr Caillau, médecin adjoint de l'asile de Toulouse; Mmes Salé (en religion sœur Marie-Rédemption, attachée à l'asile de Toulouse, et Cassenas (en religion sœur Irénée), attachée à l'asile d'aliénés de Limoux.

Médailles d'argent de 2e classe: MM. Bonnet (Marius), infirmier à l'asile de Marseille; Meilhan et Manon, internes à l'asile de Toulouse; Soula (Raymond), surveillant en chef à l'asile de Toulouse; Mlle Rouan (Marie), infirmière à l'asile de Toulouse.

Médailles d'argent : MM. Augan et Fouriel, internes à l'asile de Montdevergues (Vaucluse).

Médailles de bronze : MM. Cluchier (André), Garrigues (François), Germain (Philippe), surveillants et Volle (Antoine), conducteur des travaux à l'asile de Montdevergues (Vaucluse).

Lettres de félicitations : MM. Beltrude, interne à l'asile de Marseille; Jean (Adrien), Jeauneau (Auguste) et Barger (Antoine), infirmiers; Mmes Amalbert (en religion sœur Saint-Vincent), Fauconit (Félicie), Girault (Eugénie) et Bladon (Marie) infirmières au même établissement.

Mentions honorables : Gratadour et Roques, internes suppléants à l'asile de Toulouse.

CONGRÈS PSYCHIATRIQUE D'ANVERS.

Dans sa dernière réunion (31 janvier 1885), la société de médecine mentale a décidé, conformément aux usages anciens de tenir une séance au lieu de domicile de son Président, c'est-à-dire à Anvers, pendant l'année 1885.

Cette séance aura lieu dans le courant de l'été ; elle coïncidera avec l'exposition universelle qui s'est ouverte dans la

même ville au mois de mai prochain. La Société, désirant rendre cette réunion plus solennelle, a résolu d'y convier les médecins étrangers. Elle a manifesté la volonté d'organiser une sorte de congrès psychiatrique, qui durera de deux à quatre jours. Elle a désigné dans son sein une commission scientifique et confraternelle. La commission se compose du bureau de la Société. MM. Tesguin, Lentz et Ingels, auxquels on a adjoint M. Oudant, inspecteur général des établissements d'aliénés; Lefebvre professeur à l'université de Louvain, Heger professeur à l'université de Bruxelles; R. Roddaert, professeur à l'université de Gand; Semal, médecin directeur de l'asile de Mons.

Asiles d'aliénés de la Seine. — M. le Dr Thulié vient d'être nommé membre de la commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine en remplacement de M. Marques di Braga. Le Préfet de la Seine ne pouvait faire un meilleur choix.

Société médico-psychologique de Paris. — *Séance du 26 janvier*. M. Sémelaigne est élu vice-président pour l'exercice 1885 en remplacement de M. Mesnet non acceptant pour raison de santé. — *Séance du 23 février*. M. Mairet professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier et M. le Dr Camuset, médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse sont nommés membres correspondants.

Inauguration de la statue de Pinel. — La Société médico-psychologique inaugurera le 13 juillet prochain la statue de Pinel, érigée place de la Salpétrière et offerte à la ville de Paris par la Société.

L'ordre du jour de la séance d'inauguration est ainsi fixé : M. Dagonet, président, ouvrira la séance par une allocution. M. Legrand du Saulle, secrétaire du comité d'érection, fera remise de la statue à la ville de Paris, représentée par M. le Préfet de la Seine. M. Ritti, secrétaire général, lira un éloge de Pinel.

D'autres discours seront probablement prononcés par les représentants de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, de la Faculté, compagnies dont Pinel fut membre.

NÉCROLOGIE

Guéneau de Mussy (Noël), né à Paris, le 6 novembre 1813, mort le 1er juin 1885, était l'une des figures médicales les plus sympathiques de l'époque contemporaine. Né d'une famille de médecins depuis longtemps illustre, et dont le nom est consacré par un vers de Boileau, il était petit-fils du professeur Hallé, et neveu de François Guéneau de Mussy, membre de l'Académie de Médecine, mort le 30 avril 1857.

Les débuts de Noël Guéneau de Mussy dans la carrière médicale furent singulièrement brillants. Reçu le second interne des hôpitaux en 1835, il obtenait en 1837 la médaille d'or de l'École pratique, et soutenait en 1837, sa thèse de doctorat *sur la Berlue*.
La même année il fut choisi par Chomel comme chef de clinique.

En 1842, il était nommé médecin du Bureau central des hôpitaux. En 1847, il obtenait la première place au concours de l'agrégation.

Le succès de son enseignement dans les hôpitaux divers où il a été chef de service semblait lui promettre une chaire à la Faculté de Médecine, mais la suppression du concours porta un coup mortel à ses aspirations légitimes.

L'Académie de Médecine, dont il fut l'un des membres les plus actifs, lui avait ouvert ses portes en 1867. Il prit une part importante à ses discussions, et l'on se souvient encore du discours remarquable qu'il prononça sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

La distinction de ses manières, la dignité de son caractère, et l'élévation de ses idées, faisaient de Guéneau de Mussy l'un des membres les plus aimés et les plus justement respectés du Corps médical. Après une longue et brillante carrière, il ne laisse que des amis ; on ne saurait adresser un plus noble éloge à sa mémoire.

Parmi les nombreux ouvrages de Guéneau de Mussy, nous signalerons surtout les suivants :

De la fièvre hectique (thèse d'agrégation, 1844) ; *De la pathogénie des hémorrhagies* (thèse d'agrégation, 1847) ; *De la pleurésie diaphragmatique.* — *De l'angine glanduleuse.* — *Leçons de clinique médicale* (1874-1885), en 4 volumes.

Le 13 mars dernier est mort le Dr A. Hurel, médecin de la maison centrale de Gaillon. C'est à lui qu'on doit la création d'un quartier spécial pour les aliénés dits criminels. Frappé du nombre de criminels devenant aliénés, il fit tous ses efforts pour obtenir de l'administration, l'annexion à la prison d'un quartier pour ces malades. Ses vœux furent réalisés en 1876. Les principaux travaux du Dr Hurel sont les suivants: *Du régime alimentaire dans les maisons centrales.* (Annales d'hygiène

publique et de médecine légale, 1875, t. XLIII. *Quelques observations pour servir à l'histoire de la folie pénitentiaire* (Annales médico-psychologiques de mars et mai 1875. *Le quartier des condamnés aliénés annexé à la maison centrale de Gaillon* Annales médico-psychologiques mars 1877). Une communication à la société de médecine publique et d'hygiène professionnelle *sur la fabrication des brosses à la maison centrale de Gaillon* (Annales d'hygiène publique, 1878, t. XVIII) ; le *Écoles de village dans un canton de Normandie* (id. 1879). *Étude statistique du quartier des condamnés aliénés annexé à la maison centrale.* (Compte rendu du Congrès internationale de médecine mentale. Paris 1880.)

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer. — Juin 85.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

ÉTUDE SUR LES FONCTIONS DU CENTRE OVALE

Par M. le Dr FARGE

Professeur de clinique médicale à l'École de médecine d'Angers

Depuis qu'on a restitué à la substance blanche du cerveau le pouvoir excito-moteur, on a dû chercher dans le centre ovale, les foyers correspondants à ceux qu'on localisait jusque-là un peu trop exclusivement dans la substance grise, et à la surface. L'un des corrollaires en apparence les mieux établis par ces découvertes est celui-ci, que nous rencontrons dans la savante thèse du professeur J.-Alb. Pitres : « Les lésions destructives du centre ovale limitées aux faisceaux préfrontaux ne donnent lieu pendant la vie à aucun phénomène moteur permanent. » Plus de trente observations avec lésions positives et symptômes négatifs prouvent dans le mémoire de 1877, cette vérité clinique et plusieurs cas analogues ont été publiés depuis dans les périodiques médicaux. Un nombre double au moins d'observations montre que les lésions du faisceau pediculo-frontal situé en arrière de cette zone inerte « produisent

« des mouvements limités dans les muscles opposés du « corps, les convulsions épileptiformes, les contrac- « tures et la paralysie. »

Cependant, nombre de faits en apparence contradictoires de la première assertion se rencontrent encore dans la science, et si l'on peut en récuser une grande partie parce que leur publication est antérieure à l'étude topographique du centre ovale, quelques-uns au moins sont tellement certains dans la constatation des lésions et des symptômes, et il faut pour les expliquer, recourir soit à la compression mécanique du voisinage, soit à l'irritation à distance. Cette explication est-elle suffisante et sans réserve? Pour ajouter un fait à ceux que M. Pitres a signalés lui-même, nous croyons devoir publier l'observation suivante :

Accidents épileptiformes presque incessants, contractures, hémiplégie complète à droite pendant trois semaines. Cessation des accidents convulsifs, retour graduel du mouvement, signes de méningite, mort rapide. — Lésions anciennes exclusivement préfrontales gauches.

Le 30 décembre 1884, est entrée à la clinique médicale, salle Sainte-Anne, n° 4, la nommée Delphine L..., vingt et un an, ouvrière de fabrique, née et demeurant à Angers, au Bourg-la-Croix. Blonde, pâle, yeux bleus, figure amaigrie ; cette malade est prise au moment même de notre visite, le 31, au matin, d'une attaque éclamptique. On nous donne seulement les renseignements suivants : Cette jeune fille est venue plusieurs fois à l'hôpital pour des accidents considérés comme hystériques et a été traitée à la salle Sainte-Monique. Sa mère ajoute que chaque année, elle est prise d'accidents convulsifs, qui durent pendant quelques semaines puis disparaissent assez complètement pour permettre à la malade de reprendre ses travaux. Elle

est retombée seulement dans le courant de décembre et dans l'état actuel depuis quelques jours. Lorsque la malade est revenue à elle-même, elle confirme une partie de ces renseignements. Ses séjours répétés à la salle Sainte-Monique, ses reprises de santé relative et de travail; mais il y a plusieurs semaines qu'elle a été prise d'attaques beaucoup plus fortes que les précédentes et depuis ce temps elle est paralysée du côté droit qui, néanmoins éprouve de vives douleurs. Ces explications nous sont données en plusieurs fois, entre les attaques qui se succèdent sous nos yeux et dont voici la description :

En parlant, la malade qui est dans le décubitus dorsal, tourne par un mouvement lent, continu, la tête à droite, les yeux s'injectent fortement, se dirigent en strabisme synergique, le gauche en dedans, le droit en dehors et tous deux un peu en haut, puis sans revenir à la ligne médiane sont agités par un nystagmus convulsif caractérisé par le retour plus lent et incomplet à la rectitude arrêté tout à coup par une brusque secousse qui le rejette en strabisme violent à droite.

En même temps le bras, l'avant-bras, la main droite, la cuisse, la jambe, le pied du même côté, sont agités de secousses rythmiques rapides, énergiques, allant du quart de flexion aux trois quarts environ. Le bras et la jambe gauches sont alors immobiles avec une très légère contracture fixe facile à vaincre et qui laisse les membres comme parésiés. Il n'y a ni écume ni morsure de la langue ni mouvements convulsifs de la moitié inférieure de la face, mais la commissure labiale est fortement entraînée en contraction permanente. Fréquemment miction inconsciente. De nombreux examens n'ont jamais décélé la présence de l'albumine dans les urines.

L'ensemble de l'attaque dure d'une minute et demie à

cinq minutes selon son intensité ; la malade reprend peu à peu connaissance, répond exactement aux questions, puis retombe après quelques minutes dans une nouvelle attaque.

Pendant la période de repos les membres droits sont dans une hemiplégie flasque complète, sans mouvements reflexes par le chatouillement ou le pincement qui paraissent insensibles, mais les mouvements imprimés causent de vives douleurs et provoquent des cris. La face ne présente plus aucune trace de paralysie.

La malade se plaint également de douleurs dans le membre inférieur gauche.

L'examen du tronc fait constater : 1° Une vaste escarrhe à la fesse *gauche* et une plus superficielle à la fesse *droite,* côté paralysé.

Il y a de la toux, une expectoration bronchique assez abondante, mais l'auscultation des sommets ne révèle aucun signe de tuberculose.

Les attaques se reproduisent ainsi d'une façon incessante pendant les premiers jours. Le 3 janvier on en compte *cent quatre-vingt* (bromure à haute dose, alimentation, toniques, etc.) La fièvre est très prononcée, la céphalée intense, rapportée par la malade au front et à la tempe gauche exclusivement. Température 38, 9.

Après quatre à cinq jours de bromure à la dose de 7 grammes, les attaques épileptiformes s'éloignent un peu. Trois à quatre attaques pendant la visite, puis on en compte quinze à vingt en vingt-quatre heures, puis cinq à dix, et enfin elles disparaissent complètement le dix-septième jour de son entrée. (15 janvier.)

Mais les escharres ont été profondes, celle de la fesse gauche en voie d'élimination a 9 centimètres sur 7 et plus d'un centimètre d'épaisseur.

Cependant la fièvre diminue puis disparaît et trois jours après la cessation des attaques, on constate un

retour progressif du mouvement d'abord dans les doigts, l'avant-bras puis le bras droit, de jour en jour ils augmentent, et le 25, la malade porte, en oscillant, la main droite à sa tête, en même temps des mouvements d'abduction et de flexion reparaissent dans la jambe ; il n'y a pas eu une seule attaque depuis le 15. Les progrès continuent jusqu'au 27. La malade est reprise alors de vomissements, fièvre intense 40°, douleurs cephaliques violentes, cris hydrencéphaliques, hyperesthésie considérable, surtout à la jambe gauche. Les mouvements de la jambe droite ont entièrement disparu, ceux du bras droit ont perdu plus de la moitié de leur étendue et les trois quarts de leur rapidité, mais pas une seule secousse épileptiforme n'est apparue. L'état s'agrave pendant deux jours, la fièvre persiste, le coma arrive le 29, et le 30, à dix heures du soir, la malade succombe.

Autopsie le 31 janvier.

Pas de tubercules pulmonaires, ni pleuraux, pas de lésions cardiaques. Les escarrhes sont éliminées, et la réparation commence à gauche, le membre pelvien est œdematié.

Cerveau. — Une injection de l'arachnoïde très prononcée, au niveau du lobe parietal gauche et à la face externe et moyenne du lobe frontal du même côté. Même injection vers le lobe frontal droit.

En enlevant le cerveau on aperçoit sous la meninge une depression occupant l'extrémité antérieure de la première circonvolution frontale gauche, dans une étendue de 2 centimètres 1/2. La membrane est grisâtre, opaque, épaissie, et en l'ouvrant on trouve un tissu d'apparence colloïde homogène, verdâtre, ne contenant plus de substance cérébrale, le ramollissement est tel qu'il est presque liquide et que le pli supé-

rieur de la première circonvolution frontale est remplacé par une sorte de kyste un peu déprimé.

La deuxième et la troisième circonvolutions frontales, les deux circonvolutions de Rolando sont intactes, il n'existe qu'une plus grande vascularisation des membranes à leur niveau. Des coupes successives sont pratiquées sur le lobe frontal gauche de manière à mettre successivement à nu les différentes portions du centre ovale décrites et denommées par M. Pitres.

La première coupe verticale est faite à deux centimètres ou deux centimètres et demi de la circonvolution frontale ascendante, laissant en arrière le pied des trois premières circonvolutions. A son niveau le cerveau est sain, il en est de même de toutes les coupes verticales ou horizontales situées en arrière de celle-ci.

La portion pré-frontale isolée par la première coupe est divisée horizontalement en tranches minces qui présentent toutes la tranche de la lésion frontale antérieure décrite ci-dessus, et qui s'arrête aux trois quarts de la hauteur de la circonvolution sans atteindre les autres. A ce niveau, plus rapproché de la face inférieure que de la face supérieure du centre ovale, on trouve correspondant à la deuxième circonvolution, et jusqu'aux limites de la troisième en dehors et en bas, non en arrière, un noyau scléreux plus jaune que la substance blanche donnant au doigt une sensation de saillie et de résistance, qui ne se rencontre dans aucune des parties voisines, ni dans la région homologue du côté opposé; ce noyau est inégal comme festonné sur les bords, de 3 centimètres de long sur 12 millimètres de large, sa consistance homogène ne présente ni couches concentriques, ni dégénérescence caséeuse. Bien que l'examen microscopique en ait été fait incomplètement, la prédominence de la substance dure fasciculaire nous engage à le considérer comme un fibro-gliome. La tumeur anté-

rieure rappellerait plutôt le myxo-gliome qui comme on sait prend souvent en évoluant l'apparence kystique. Ces déterminations des tumeurs empruntent encore quelques probabilités à l'absence complète de tubercules dans les meninges, los poumons et tous les tissus examinés. Mais quelque soit la nature de la tumeur intra-medullaire, celle-ci acquiert de sa situation en avant du *faisceau pédiculo-frontal* une importance prédominante.

Nous avons en effet constaté pendant trois semaines les phénomènes excito-moteurs les plus caractérisés, et les plus graves : convulsions épileptiformes, contractures, paralysies. Les lésions occupent bien l'hémisphère et le lobe cérébral indiqué par les symptômes, mais le siège en est tout entier en avant et sur les limites de la zone motrice du centre ovale !

Devons-nous admettre que cette zône s'étendrait un peu plus en avant que ne l'a fixée M. le professeur Pitres ? Nous serions portés à le croire ; en effet, nous ne pouvons expliquer par la compression une action de voisinage. Notre observation se rapproche beaucoup par le siège des lésions de l'obs. VII de la thèse de M. Pitres, mais il n'y avait aucun refoulement de lobe frontal et le peu de volume des tumeurs dont l'une était d'ailleurs atrophiée, s'opposait à leur pression sur les régions voisines. Quant à l'irritation à distance, nous voyons pour les observations dans lesquelles elle est invoquée, Obs. VIII-IX surtout, puis LXV, LXVII, LXXI, LXX, VIII XC, que les convulsions ont été surtout *ultimes et passagères*, tandis que chez notre malade elles ont eu une durée et une fréquence extraordinaires, et qu'au contraire la période ultime, inflammatoire n'a plus présenté les phénomènes convulsifs ni les contractures, mais le retour de l'hémiplégie.

Une réserve pourrait être faite à propos du rôle joué par l'irritation de voisinage :

Elle porterait; 1° Sur la grande extension des accidents moteurs pendant l'attaque : non seulement la face est influencée des deux côtés, contractures, nystagmus, strabisme, mais encore le côté droit du corps est atteint de contractures à la face et dans les membres, et dans les intervalles des attaques, ceux-ci restent faibles et douloureux bien qu'on ne trouve pas de lésion dans l'hémisphère droit.

2° La réserve peut s'appliquer aussi à l'apparente et progressive amélioration qui pendant dix jours a suivi la cessation des convulsions, non seulement tout est alors rentré dans le calme « mais l'hémiplégie allait en diminuant d'une façon tellement sensible qu'elle faisait concevoir une espérance de guérison! »

En eût-il été de même, si les tumeurs qui ne se sont assurément ni resorbées ni amoindries pendant ce temps eussent siégé au foyer même du faisceau pédiculo-frontal, ou l'avaient envahi dans une grande étendue? nous ne le pensons pas, et ce retour même passager et incomplet du mouvement s'explique sans doute par la grande étendue du centre moteur laissée indemne de toute lésion permanente, et débarassée momentanément de l'irritation de voisinage qui s'ajoutait antérieurement aux tumenrs.

Nous tenons à faire nous-même cette réserve après avoir insisté sur les effets considérables d'une tumeur située très en avant et en apparence au delà du département du centre ovale qui seul devrait les commander.

Hâtons-nous enfin, d'ajouter que si la seconde tumeur peut donner quelques doutes sur les limites *absolues* du centre moteur, la première ne peut que tendre à confirmer dans leur ensemble les assertions de M. le professeur Pitres. En effet plus ancien que la tumeur du centre ovale et situé plus en avant, le gliome devenu déliquescent doit avoir correspondu aux accidents des

années précédentes, lesquels n'ont été ni moteurs ni paralytiques, mais, mal définis par l'entourage, et considérés par nos collègues de l'hôpital, chargés de la salle Sainte-Monique, comme des accidents hystériformes.

DES APHASIES PUERPÉRALES

Par H. POUPON

Interne des Hôpitaux

Sous ce nom nous avons l'intention de comprendre les diverses variétés d'aphasies qui se produisent soit pendant la grossesse, soit pendant la période dite des suites de couches. Nous laisserons de côté la période proprement dite de la lactation qui pour notre sujet ne présente qu'un intérêt médiocre.

Le choc traumatique et moral que subit une femme enceinte ou une femme qui vient d'accoucher n'est pas sans influencer vivement le système nerveux. Aussi dans les hôpitaux de Paris voyons-nous de temps à autre des accouchées atteintes de vésanies ou de paralysies diverses ; mais ce qui est rare, c'est de voir l'aphasie survenir dans ces conditions. En effet M. Siredey sur 8.000 accouchements qu'il a observés à Lariboisière n'en cite pas un cas et à notre connaissance aucun travail n'a été fait sur les aphasies puerpérales. C'est ce qui nous a déterminé à publier ce mémoire à propos d'un cas que nous avons recueilli à la Charité dans le service de notre savant maître M. le professeur Laboulbène. Ce cas est très remarquable à cause de sa netteté. Aussi croyons-nous devoir le rapporter avec soin.

OBSERVATION I. (*Inédite*). — Il s'agit d'une femme âgée de 24 ans nommée J. M., exerçant la profession de lingère, qui entra le 26 décembre 1884 dans le service d'accouchement

dirigé par M. Bar. Le père de la malade est fort bien portant, mais la mère est morte tuberculeuse. Cette femme ne fut réglée qu'à 18 ans. Elle eut une assez mauvaise santé dans sa jeunesse. Voici ce que nous avons pu recueillir de plus précis sur cette période de sa vie. A l'âge de 14 ans étant en pension elle fut mise sur le palier par punition ; elle resta là toute une nuit par un temps très froid, le lendemain elle fut prise d'une attaque de rhumatisme articulaire (1874).

Les années suivantes (1875-1876, elle eut un peu d'enflure aux jambes, mais toutes ces indispositions durèrent peu et ne tinrent pas la malade au lit. Celle-ci n'a pas d'autres antécédentes arthritiques bien. nets. Elle n'est pas sujette aux migraines. Mais voici qui est plus important : on constata en 1874 que la malade avait une affection cardiaque. Julie M. eut en 1882 deux jumeaux ; à la suite de cette couche le docteur Sadeuf lui ordonna de la digitale pour des accidents cardiaques de la plus haute gravité. Jamais elle n'a eu d'attaques de nerfs. Accouchement normal le 25 décembre 1884 à la Charité. Délivrance naturelle.

Le surlendemain 28, elle fut prise subitement à deux heures d'agitation, de malaise ; bientôt ses voisines s'aperçurent qu'elle avait perdu l'usage de la parole, et que la moitié droite de son corps était immobile. La commissure labiale gauche était déviée et tirée en haut. Les rides étaient effacées à droite. L'orbiculaire était intact, la langue déviée à gauche. En faisant parler la malade on s'aperçoit qu'elle n'a que quelques mots à sa disposition. Ce sont : « eh ! bien » « oui, oui » « mais j'ai mais ». Sensibilité intacte.

L'auscultation révèle l'existence d'une lésion mitrale ; le cœur est hypertrophié. Pas d'œdème des jambes. Pouls lent. Respiration normale.

29 décembre. Même état. La malade répond indistinctement à toutes les questions par les seuls mots qu'elle a à sa disposition.

30 décembre. Légère amélioration. La malade répond « oui » avec un certain à-propos et refuse de répondre aux questions où elle devrait dire non. On essaye de lui faire écrire de la main gauche ; elle n'écrit que des traits informes.

L'hémiplégie est complète. La tempér. oscille de 36° 8 à 37°.

Telles sont les notes que M. Barbulée interne de M. Bar à laissées à son successeur. Le 3 janvier, 1885, on applique pendant 10 minutes à chaque séance des courants continus avec le pôle négatif sur la colonne vertébrale et le positif soit sur le bras, soit sur la colonne vertébrale. L'examen du cœur dont la pointe bat dans le cinquième espace intercostal permet de constater qu'il est très volumineux

Son impulsion est vive et à la pointe on entend un souffle rugueux qui couvre tout le premier temps et commence un peu avant la systole ; de plus il est facile de constater de la façon la plus nette un dédoublement du deuxième temps.

7 janvier. Les mouvements des jambes commencent à revenir ; la flexion est possible et le talon se détache du plan du lit pour s'élever à une hauteur de 10 centimètres environ. Les muscles de la face du côté droit paraissent se contracter un peu mieux et la déviation faciale est moins marquée.

L'aphasie reste stationnaire. Pas d'incontinence d'urine ni des matières fécales.

Depuis deux ou trois jours la température se maintient entre 38° et 38° 5. — Au moment de son passage elle prononce quelques mots ; elle dit « non, bien » ; mais il lui est impossible de répeter « bonjour ». La malade passe alors dans le service de M. le professeur Laboulbène.

9 janvier. Je dois à l'obligeance de mon collégue et ami Ayrolles, interne dans le service de M. Bar, les renseignements qui précédent et dont je le remercie publiquement.

9 janvier. Voici dans quel état je trouve la malade :

Cœur battant dans le cinquième espace intercostal. Roulement du premier temps à la pointe. Dédoublement du deuxième temps.

Paralysie de la face, du bras et de la jambe droite. Sensibilité intacte.

Langue et voile du palais non paralysés.

Le réflexe du tendon du triceps brachial est aboli. Les autres sont conservés.

La malade pleure toute la journée.

Elle mange seule ; elle a pu appeler pour demander le bassin. Elle n'a à sa disposition que les locutions suivantes : « J'ai pas pu dire », « fourchette », « bonjour », « ah! mais oui » « bonsoir », « bassin » « Charlotte » (c'est le nom de la fille de service.) Ce dernier mot, elle le dit avec beaucoup de difficulté. Elle dit encore le mot « besoin », dit « oui » en faisant signe qu'elle veut dire « non ». Quand on lui demande si elle est mariée elle répond : « pas de mari fixe ». Nous avons appris depuis que cela voulait dire qu'elle était mariée avec un homme dont elle était séparée, mais qu'elle vivait avec un amant qu'elle appellait un mari pas fixe.

M. le professeur Laboulbène et moi nous portons le diagnostic d'embolie de la sylvienne gauche due à un rétrécissement mitral sur lequel s'est greffée une endocardite grâce à l'état puerpéral.

10 janvier. Elle chante très bien plusieurs chansons. « Mourir pour la Patrie », « la Marseillaise », « J'ai du bon tabac ».

Quand elle veut commencer une phrase, elle la fait précéder de ces mots : « Je n'ai pas besoin. » Elle n'a pas de surdité verbale ; mais elle est atteinte de cécité verbale. Le goût et l'odorat sont intacts.

Elle ne se souvient pas des mots, mais répète tous ceux qu'on lui dit, quelquefois même elle retrouve quelques mots. Impossiblité d'écrire de la main gauche.

11. Janvier. Chante la « Marseillaise » ne peut pas lire. Calcule jusqu'à 15 et devient très gaie.

12 janv. Répond « non » à tout ce qu'on lui dit, chante un peu.

13 janvier. Elle dit : « J'ai fait des progrès ». Chante très bien. Commence à pouvoir lire pas mal.

14 janvier. Elle calcule jusqu'à 30, peut faire des multiplications, ne cherche que très peu de mots, chante toujours bien. Elle récite tout ce qu'on lui dit et répond toujours aux questions qu'on lui pose. Elle perd toujours un liquideun peu rosé.

15 janvier. Elle est fatiguée et a plus de peine que la veille pour parler, chanter, etc.

16 janvier. Chante « nom d'un petit bonhomme de Sapristi » « La Marseillaise » « En revenant de Suresnes. » Compte jusqu'à 100, mais ne peut pas lire.

21 janvier. Elle amène le bras dans l'adduction, mais ne peut pas fléchir l'avant-bras sur le bras.

6 février. La contractilité électrique est conservée au niveau du deltoïde ainsi qu'à l'avant bras et au bras. La contractilité électrique est à peu près nulle au niveau de la jambe droite ; à un pied elle est conservée. La malade fait de grands progrès au point de vue du langage. Elle trouve ses mots plus facilement et en a beaucoup plus à sa disposition.

8 février. Elle commence à faire marcher la jambe. La face est un peu plus animée. Le sillon naso-labial s'accentue.

11 février. Elle a pu traverser la salle sans être soutenue. Pas d'amélioration dans l'avant-bras ; le bras se fléchit. Le deltoïde fonctionne. Elle parle mieux, calcule un peu. Au cœur on entend toujours le même roulement systolique avec dédoublement du deuxième temps à la pointe. Elle fait toute seule des phrases complètes.

15 fév. Elle va jusqu'au bout de la salle sans être soutenue. Pas grande amélioration dans le bras qui est toujours flasque.

20 février. Elle trouve plus facilement ses mots, mais elle a toujours une peine énorme à lire. Elle ne peut lire que cinq ou six mots et dit qu'après elle a sa vue brouillée.

1 mars. Elle met 15 secondes à lire une ligne et au bout de cinq lignes elle est fatiguée. Elle ne parle pas mal.

15 mars. Elle écrit l'alphabet de la main gauche. Elle trouve presque tous ses mots ; toujours grande peine à lire.

17 mars. A la suite d'une histoire de ménage elle veut sortir de l'hôpital.

2 avril. Elle rentre le 2 avril. On constate une légère tendance à la contracture dans les doigts de la main droite. Face à peu près guérie. Elle marche en fauchant. Elle parle assez bien, ne peut lire qu'avec difficulté. Même sécrétion muco-purulente des parties vaginales.

15 avril. Amélioration de la sécrétion vaginale. Tendance à pleurer. Aucun progrès depuis le 2 avril.

21 Avril. Même état.

30 avril. La malade s'habitue à écrire de la main gauche. Elle arrive à écrire d'une façon très correcte.

Aujourd'hui 28 mai elle écrit très bien de la main gauche et trouve presque tous ses mots.

Nous voyons par les longs détails qui précèdent que nous avons eu affaire à une aphasie puerpérale avec hémiplégie droite. Or comme il n'y a eu aucun travail de fait sur les aphasies puerpérales et que les diverses causes qui peuvent donner lieu à l'aphasie puerpérale sont analogues à celle de l'hémiplégie puerpérale, recherchons quelles sont les diverses causes invoquées pour l'étiologie de ces hémiplégies.

M. Charpentier dans son récent *Traité d'accouchements* donne les causes suivantes :

1° Hémorrhagie cérébrale ;

2° Congestion cérébrale ;

3° Affections cardiaques soit qu'elles reconnaissent pour causes l'endocardite suraiguë, ulcéreuse, typhoïde pyohémique de Senhouse-Kirkes et de Simpson, de Hardy, Charcot, Peter, Bucquoy, Martineau, Decornière, soit l'endocardite subaiguë et chronique d'Ollivier.

Dans ces divers cas voici les circonstances qui peuvent donner lieu aux accidents cérébraux.

Détachement des concrétions cardiaques anciennes, concrétions produites par une vieille lésion cardiaque.

Passage de masses fibrineuses récentes formées dans les vaisseaux.

Artérite locale.

Lésions de la tunique interne des artères.

Matières morbides provenant du système nerveux.

4° Altération du sang qui déterminerait l'endocardite puerpérale des auteurs ou l'endocardite subaiguë d'Ollivier ou la thrombose artérielle ; dans les premiers cas l'hémiplégie serait l'épiphénomène d'une affection cardiaque.

5° Albuminurie pour Fletwood-Churchill.

6° Septicémie puerpérale pour Témoin, Hervieux Charpentier, etc.

7° Action réflexe pour Whytt, Prochaska, Churchill, Imbert-Gourbeyre, Pellegrini, Crosse, Stokes.

Nous y joindrons une cause invoquée par M. le professeur Jaccoud et qui permettra de rapprocher ces cas des paralysies asthéniques de Gubler. Nous voulons parler de l'anémie.

Toutes les variétés d'hémiplégies puerpérales peuvent-elles s'accompagner d'aphasie ? Il est certain pour ne prendre qu'un exemple que si les albuminuriques peuvent être atteints quoique très exceptionnellement d'aphasie, il n'en est pas moins certain que ces faits rares existent. Aussi sommes-nous disposés à admettre à priori que lorsque l'on se trouve en présence d'une aphasie avec hémiplégie, on peut discuter les diverses étiologies que nous venons d'énumérer.

Nous allons voir dans l'observation que nous rapportons à quoi nous avons eu affaire.

Est-ce une congestion ? Il nous serait facile de répondre que non ; car une congestion cérébrale n'aurait pas amené une paralysie permanente et l'aphasie n'aurait pas duré si longtemps. Pour les mêmes raisons nous rejetons l'hypothèse de l'anémie comme cause plausible de l'aphasie chez notre malade. L'hémorrhagie cérébrale pourrait à plus juste raison être discutée très sérieusement. En effet il y a eu une hémiplégie droite

complète qui est survenue brusquement et s'est accompagnée d'aphasie ; mais chacun sait la fréquence de la perte de connaissance dans l'hémorrhagie cérébrale. Or ici il n'en a rien été et dès que la malade s'est aperçu qu'elle ne pouvait pas parler elle a poussé un cri et a témoigné par gestes sa perte de la parole sans que la connaissance eût été même altérée un seul instant. Enfin l'aphasie est extrêmement rare dans l'hémorrhagie cérébrale et s'il y avait eu un foyer hémorrhagique comprimant la circonvolution de Broca, il y aurait eu très probablement dans ce cas des convulsions ainsi que cela a lieu dans les hémorrhagies sous-méningées. Or cette femme n'est pas athéromateuse ni albuminurique et semble avoir un système artériel peu disposé à la formation d'anévrysmes miliaires. Aussi nous ne voyons aucune raison pour admettre ici une hémorrhagie cérébrale. Il ne s'agit pas non plus d'une aphasie causée par l'albuminurie, puisque la malade n'avait rien dans ses urines.

Une autre cause a été invoquée par plusieurs auteurs, c'est la septicémie ; mais ici il faut distinguer. Certains auteurs admettent que pendant la puerpéralité, des abcès du cerveau peuvent survenir et produire de l'hémiplégie. Ces abcès placés au niveau de la troisième circonvolution frontale gauche produiraient fort bien l'aphasie. Mais d'autres auteurs admettent que la septicémie peut sans production d'abcès amener par l'adultération du sang des hémiplégies puerpérales. Nous croyons que cette hypothèse jusqu'à présent ne repose sur aucun fait plausible, et que jusqu'à plus ample informé les embolies de microbes doivent être considérées comme un fait de mirage. En effet, les microbes petits tels que les bacilles, les streptococcus etc, peuvent bien produire par leur accumulation des abcès miliaires comme cela a lieu dans le foie et dans le rein,

mais il n'en faut pas induire que ces accumulations de microbes peuvent boucher un gros vaisseau comme la sylvienne. Il est déjà bien difficile à Laveran de prouver que ces immenses microbes qu'il a vus dans l'impaludisme puissent amener des oblitérations capillaires du cerveau (1) en admettant même l'existence de ces gros microbes bien discutés aujourd'hui. Aussi rejetterons-nous, au moins actuellement, la septicémie puerpérale comme cause des aphasies puerpérales.

Dans notre cas d'ailleurs il n'y a eu aucun symptôme de septicémie puerpérale ; d'autre part il n'y a eu aucun signe d'abcès du cerveau tels que de la céphalalgie, des frissons, de la fièvre, aussi nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps.

Une cause assez sérieuse a pu être invoquée pour les hémiplégies et pour l'aphasie puerpérale : nous voulons parler des actes réflexes.

Cette cause est certaine ; nous la discuterons longuement plus tard. Qu'il nous suffise de voir ici si cette cause peut être admise pour notre malade.

Notre accouchée n'a eu ni dystocie, ni aucune cause de nature brusque qui ait pu agir seulement sur son système nerveux. Elle ne semble pas hystérique et l'aphasie hystérique ne peut être en cause. Enfin le bras qui est malade a maigri ; le poignet et les doigts commencent à se contracturer. Or dans les lésions réflexes ou hystériques il n'y a jamais ces atrophies, ni ces contractures survenant au bout de deux mois comme cela a lieu dans les paralysies dues à une lésion matérielle.

La malade marche en fauchant comme cela a lieu chez

(1) Laveran, *Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme. Description d'un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre.* 1881.

les hémiplégiques qui ont à moitié guéri d'une lésion cérébrale, tandis que les malades atteints d'hémiplégie sans lésion matérielle du cerveau se guérissent complètement de leurs jambes paralysées et ne gardent aucune infirmité incurable. Enfin la sensibilité aurait disparu ; ce qui n'est pas le cas ici. Pour toutes ces raisons nous nous voyons forcés de rejeter ici cette cause.

Restent deux autres causes invoquées qui se résument en une seule : une affection cardiaque produisant une embolie cérébrale. Or la malade que nous avons observée a été prise subitement d'une aphasie avec hémiplégie droite. On avait constaté au moment de son accouchement une lésion mitrale. Nous sommes donc dans les cas prévus pour la production de l'embolie cérébrale. Les symptômes ont bien été ceux de l'embolie. Cette embolie s'est logée dans l'artère sylvienne gauche et a produit une aphasie avec hémiplégie droite. Rien de plus naturel. Un seul point reste donc à discuter, c'est l'origine de l'endocardite.

Nous avons vu que tandis que certains auteurs admettent une adultération des principes du sang amenant l'endocardite, d'autres pensent simplement que l'état puerpéral donne lieu à la production d'endocardites. Quelle que soit l'origine de l'endocardite le fait n'en est pas moins démontré ; il y a des endocardites puerpérales. Or notre femme a-t-elle eu une endocardite qui s'est produite pendant la grossesse ou dans les jours qui ont précédé ou suivi l'accouchement, ou bien avait-elle une vieille lésion mitrale ? C'est pour la seconde de ces hypothèses que nous pencherons. En effet cette malade avait eu depuis longtemps des palpitations de cœur, ainsi que des douleurs rhumatismales. Elle avait été soignée avec de la digitale. Il est donc probable que notre accouchée avait une vieille affection mitrale

dont la date remontait soit à son attaque rhumatismale, soit à ses accouchements précédents pendant lesquels aurait eu lieu une endocardite puerpérale de la variété subaiguë ou chronique. Ce qui est certain, c'est que si ce n'est pas pendant un de ses précédents accouchements que l'endocardite s'est faite, il y a eu une poussée nouvelle au moment de la grossesse gémellaire, poussée assez grave pour qu'on l'ait crue en danger.

Les termes du problème qui restent à discuter sont bien simples ; d'une part nous avons une endocardite et d'autre part les symptômes d'une embolie cérébrale. Il nous reste à examiner pourquoi chez notre femme l'endocardite a produit l'embolie cérébrale. Rappelons d'abord que les endocardites puerpérales sont végétantes et qu'elles peuvent plus que d'autres donner lieu à des embolies. Dans les efforts de l'accouchement une parcelle fibrineuse peut facilement se détacher de même qu'un calcul hépatique projeté hors de la vésicule biliaire produit peu de jours après l'accouchement une colique hépatique (ainsi que nous en avons un exemple sous les yeux). C'est là l'histoire probable de notre malade. Il nous paraît surabondamment démontré que notre malade atteinte d'une lésion mitrale a vu se produire une embolie de la sylivienne gauche sous l'influence des efforts de l'accouchement. Nous allons maintenant indiquer les particularités que cette malade a présentées.

Ce n'est que le quatrième jour après l'accouchement qu'ont apparu brusquement les symptômes d'embolie. Le fait est assez bizarre ; peut-être l'embolus avait-il été détaché aux trois quarts pendant l'accouchement. Mais peut être a-t-il fallu un nouvel effort tel que celui que pouvait faire la malade lorsque les accidents sont survenus ; en effet c'est pendant qu'elle mangeait qu'elle a été prise d'aphasie ; il a suffi qu'elle passât de la position couchée à la position assise pour détacher l'embolus.

Quoiqu'il en soit, l'aphasie fut dès le début complète et il ne resta à la disposition de la malade que quelques mots. Une des variétés d'aphasie qui prédominait chez elle, c'était la cécité verbale ; au contraire elle n'avait pas de surdité verbale. Elle comprenait fort bien tout, pouvait chanter juste en répétant fort bien les paroles des chansons. L'intelligence ne fut nullement atteinte chez elle. Quant à la faculté du calcul elle ne fut abolie qu'environ trois semaines. Depuis elle compte parfaitement. La cécité verbale dure encore en partie ; elle ne peut pas encore après quatre mois lire plus de trois lignes sans s'arrêter et dire : « Je ne sais plus, tout se brouille ». Elle met encore 15 secondes à lire une ligne. Au contraire elle a dès les premiers jours répété tous les mots qu'on lui soufflait. Elle s'est mise à écrire de la main gauche, et a écrit assez rapidement. La malade étant hémiplégique droite, il nous a été impossible de savoir si elle avait de l'agraphie au début. Quand elle a consenti à écrire de la main gauche elle a parfaitement écrit son nom et son adresse sans qu'une lettre fût mise d'une façon incorrecte. Aussi pensons-nous que cette malade a eu de l'aphémie, de la cécité verbale et même de la cécité littérale, comme l'entend M. Bernard.

Pour M. le professeur Charcot et pour M. Bernard qui n'a pu déduire ses conclusions que de l'observation de huit cas, il y aurait lésion du lobule pariétal inférieur gauche dans le cas de cécité verbale. Nous croyons qu'eu égard aux cas complexes que forme l'ensemble de ces observations et vu leur petit nombre, il serait peut-être téméraire de se prononcer aujourd'hui en faveur de cette localisation étroite. Quant à l'aphémie, elle reconnaîtrait comme localisation la lésion du pied de la troisième circonvolution frontale. En un mot M. Bernard rattache aujourd'hui à l'aphémie la localisation que Broca rattachait à l'ensemble de l'aphasie.

Nous avons cherché dans les divers recueils scientifiques les observations d'aphasie puerpérale qui pourraient se rapprocher de notre observation ; mais nous devons à la vérité de dire que nous n'en avons pas trouvé d'aussi nette dans nos recherches.

M. Darcy dans une thèse récente rapporte cinquante-huit observations d'hémiplégies puerpérales. Or nous n'avons trouvé que très peu de cas où l'hémiplégie se soit accompagnée d'aphasie. En effet dans la plupart des cas rapportés sous la mention « troubles de la parole » il s'agissait purement et simplement de paralysie de la langue avec paralysie faciale qui gênait l'articulation des mots, mais nullement de la perte de la faculté du langage.

L'observation suivante de Burrow peut cependant jusqu'à un certain point être comparée à la nôtre. La voici résumée :

Observation II. — Au bout de six semaines après l'accouchement, hémiplégie droite, parole gênée, mémoire affaiblie. Souffle systolique, râpeux de la pointe. A l'autopsie on trouve un ramollissement du corps opto-strié du côté gauche. Il y a à ce niveau une embolie grosse comme un grain de blé au niveau de l'artère cérébrale moyenne. Végétations sur les valvules mitrales et aortiques qui sont ramollies et ulcérées.

Dans ce cas, comme le fait observer M. Darcy, il s'est agi de même que chez notre malade d'une embolie causée par une lésion cardiaque. C'était une endocardite qui a précédé l'état puerpéral ou qui s'est produite pendant cet état. Il a été impossible à M. Darcy de déterminer quelle a été la date de production de l'endocardite. Ce cas est le seul bien net que nous puissions rapprocher du nôtre. En voici un autre qui a quelques relations avec le précédent.

Il s'agit d'un cas rapporté par Ireland.

Observation III. — Une femme est privée 7 jours après l'accouchement de l'usage de la parole. Albumine. Mort subite. Ramollissement de l'hémisphère gauche ; rien au cœur.

Dans ce cas où il y a peu de détails la cause serait due à des lésions vasculaires.

Observation IV. — Charpentier rapporte un cas d'hémiplégie gauche avec léger strabisme, gêne de la parole, surdité passagère ; accident survenu après l'accouchement à terme. Un peu d'albumine. La guérison a eu lieu 44 jours après.

L'aphasie dans ce cas a été causée, d'après M. Charpentier, par des accidents septicémiques.

Observation V. — Churchill nous rapporte un cas où s'est développée une parésie de la face et du bras avec gêne de la parole vue troublée etc., 8 jours après l'accouchement.

La guérison eut lieu 15 jours après sauf pour les troubles de la vue et de la parole qui persistèrent plus longtemps et ne disparurent que deux mois plus tard. A cette époque il y avait encore des troubles de la parole. *(Maladies des femmes.)*

Churchill rapporte à l'albuminurie ces troubles cérébraux.

Nous pouvons réunir à cette observation la suivante :

Observation VI. — Dans l'observation nº 7 de la thèse Darcy il s'agit d'une lingère de 27 ans prise 2 jours avant son accouchement d'hémiplégie droite avec impossibilité telle de se faire comprendre qu'elle fut obligée de se faire accompagner d'une amie. C'était le 12 octobre 1876, que cet accident lui arrivait. La malade était albuminurique.

Le 14. La parole revenait. Le bras est toujours le plus pris.

Le 20. Disparition de l'hémiplégie. Elle a encore de la difficulté à parler. Plus d'albumine.

26 octobre. La gêne de la parole persiste; langue déviée à droite.

Cette observation est attribuée par Darcy à la congestion cérébrale. L'albuminurie qui a coïncidé avec le développement de l'hémiplégie a joué peut-être un certain rôle dans sa production. Ce qui est certain, c'est que cette observation est certainement une observation d'aphasie puerpérale et que l'impossibilité absolue où la malade était de se faire comprendre démontre qu'il s'agissait bien d'un cas d'aphasie puerpérale.

Voyons donc en quelques mots quelle a pu en être la cause. L'albuminurie peut certes donner lieu à l'aphasie et tous les auteurs qui se sont occupés de cette question ont rangé l'albuminurie parmi ses causes ; mais le mot albuminurie est bien vague et aujourd'hui nous ne nous contenterions plus de ce mot. Il faudrait rechercher la variété d'albuminurie et le mécanisme par lequel elle a amené l'aphasie. Or, il est bien certain que si la néphrite aiguë ou la néphrite chronique diffuse peuvent amener rapidement par un œdème cérébral de l'aphasie, la néphrite interstitielle qui n'est en somme qu'une des localisations de l'artério-sclérose n'amènera probablement l'aphasie que par des lésions vasculaires. D'autre part, l'urémie qui résulte de toutes les variétés de néphrites pourrait peut-être déterminer l'aphasie, mais je ne sache pas que cette hypothèse ait été démontrée. Aussi nous bornerons-nous à discuter les deux premiers points. L'œdème cérébral peut certainement produire l'aphasie aussi bien que la congestion; quant aux lésions vasculaires de l'artério-sclérose c'est un fait évident. Aussi pour ces dernières raisons admettrons-nous fort bien que l'albuminurie peut-être invoquée comme cause de l'aphasie puerpérale. Or dans le cas particulier qui nous occupe la diminution des accidents a coïncidé avec la cessation de l'albuminurie. Il est donc possible que ce cas reconnaisse comme cause l'albuminurie ; mais d'autre part la congestion cérébrale pouvant amener des troubles dans la circulation rénale ainsi que cela a lieu dans l'épilepsie, il est certain que la congestion pourrait aussi bien expliquer ce fait. L'observation n'est pas assez complète pour que nous puissions conclure en faveur de l'une ou de l'autre de ces deux causes.

L'observation que notre excellent maître M. le docteur Cuffer a publiée dans la *France médicale* en juin 1876 est vraisemblablement un exemple de lésions conges-

tives ayant provoqué une hémiplégie avec aphasie. En voici le résumé :

OBSERVATION VII. — Femme de 36 ans ; accouchement en juin 1876. Sécrétion lactée régulière. Quelques jours après, sans cause appréciable, sans avoir présenté ni céphalalgie ni vomissements, elle fut prise d'hémiplégie gauche et d'aphasie. Cette hémiplégie avec aphasie était des mieux caractérisées. Ces phénomènes s'amendèrent très rapidement. La malade raconta qu'elle était portée à se servir de sa main gauche de préférence à la droite ; ce n'est que par éducation qu'elle s'est habituée à se servir de la droite, à écrire et à manger de celle-ci. Mais instinctivement elle se sert de préférence de la gauche. Ainsi peut s'expliquer l'aphasie avec hémiplégie gauche puisque le côté droit avait eu une prédominance fonctionnelle. La lésion quelle quelle fût siégeait au niveau de la troisième circonvolution frontale droite et s'étendait en arrière aux circonvolutions fronto-pariétales qui président aux mouvements des membres du côté gauche. Troubles sécrétoires et vaso-moteurs insolites. A partir du moment où l'hémiplégie gauche fut rétablie la secrétion lactée cessa dans le sein droit tandis que dans le sein gauche (paralysé) elle parut augmenter et la sécrétion fut beaucoup plus abondante que de coutume.

Au dire de la malade le côté paralysé ainsi que le sein gauche lui semblèrent plus chauds que le droit. La transpiration était beaucoup plus facile à gauche qu'à droite.

Dans le cas rapporté par M. Cuffer, outre le fait remarquable de substitution de l'hémisphère droit au gauche, il y a cette autre particularité qui est très intéressante à relever : nous voulons parler de l'augmentation de la sécrétion lactée sous l'influence de la paralysie. Il y a bien probablement paralysie vaso-motrice d'où une dilatation des vaisseaux et une sécrétion plus abondantes. Des troubles vasculaires peuvent seuls expliquer les lésions qui se sont produites dans ce fait. Nous n'y insisterons pas plus longtemps.

Nous n'avons pu trouver aucune autre observation d'aphasie reconnaissant comme ceux-ci des troubles vasculaires, l'albuminurie, la septicémie, etc. Nous allons entrer maintenant dans l'étude des aphasies causées par des réflexes, l'hystérie ou par des émotions morales, etc.

Avant il nous est impossible de ne pas rapporter l'observation de Mattei consignée dans les *bulletins de l'Académie de Médecine* de 1865, t. XXX, p. 870.

Observation VIII. — *Cas d'aphasie causée par l'accumulation des matières fécales, puisque l'aphasie cessa après leur expulsion.*

C'était une femme multipare âgée de 34 ans qui avorta à cinq mois de grossesse le 22 août. Une hémorrhagie grave fit appeler le docteur Mattei.

27 août. Céphalalgie, malaise, vomissements, engourdissement de la jambe gauche qui dure une heure. Pendant ce temps la langue est embarrassée dans ses mouvements ; il semble à la malade qu'on la lime du côté gauche. Tout avait cessé spontanément.

29, à 10 heures du matin, affaiblissement, céphalalgie, engourdissement du bras gauche et du côte correspondant de la face, puis aphasie.

Pouls normal, peau naturelle. On lui demande où elle a mal, elle porte la main au front. Elle voudrait s'exprimer verbalement, mais la voix est impossible. Ainsi elle jouit de ses facultés intellectuelles.

La femme articule des sons incohérents, ne dit que la moitié des mots qu'elle voudrait prononcer ou elle dit des mots qu'elle ne voudrait pas dire.

Comme elle entend avec son oreille ce que sa bouche exprime et qu'elle comprend l'impossibilité où elle est de s'exprimer, elle essaye à diverses reprises et voyant qu'elle ne le peut pas elle s'exaspère jusqu'à la plus vive impatience. Je n'ai vu dans ce fait qu'un phénomène nerveux réflexe sachant surtout qu'après une forte perte la femme était anémique. L'hypogastre ne présente rien d'anormal.

Je palpe avec plus de soin le trajet du gros intestin et je trouve qu'il est rempli de matières fécales indurées que je ne puis mettre en mouvement avec des pressions méthodiques.

La constipation a été traitée par des lavements répétées.

La malade emplit encore une demi-heure après 3 vases entiers de matières fécales et lorsque l'intestin a été tout à fait vide, la parole est redevenue aussi précise que si la femme n'avait rien eu. Je ne l'avais plus revu depuis ; mais dix mois après l'aphasie on m'a appellé auprès d'elle pour rémédier à une constipation qui durait depuis plusieurs jours et qui avait occasionné des vomissements.

Le cas de Mattei a été provoqué soit par l'anémie cérébrale, soit par acte réflexe. Aussi avons-nous cru devoir

le rapporter immédiatement avant les cas qui reconnaissent pour causes les émotions morales ou l'hystérie.

Observation IX. — Leven raconte qu'une jeune femme de 18 ans 1/2 fut prise à la suite d'une émotion morale d'une perte de connaissance au septième mois de la grossesse. Le côté droit fut paralysé ; d'abord ce fut le membre inférieur puis le supérieur. Trois jours après anesthésie. Trois jours après perte de la parole. Guérison peu après l'accouchement ; à la deuxième grossesse, perte de la parole pendant 15 jours. Paralysie après sa délivrance.

L'auteur rapporte cette aphasie à l'hystérie. Dans le « *Edinburgh Medical Journal* » Leith Napier rapporte un fait d'aphasie subite chez une femme récemment accouchée survenant à l'occasion d'une émotion morale ; développement progressif d'une hémiplégie, puis guérison graduelle. La voici résumée :

Observations X. — Embolie puerpérale. Aphasie. Hémiplégie. Guérison. *Par A. D. Leith Napier* (*Edinburg*). Madame John L. accoucha d'une fille le 15 avril 1877. Six ans s'étaient écoulés depuis son dernier accouchement. Travail naturel et délivrance facile. Elle se rétablit bien ; s'était levée et marchait sans avoir repris le gouvernement de sa maison. Le 2 mai elle eut une contrariété sérieuse. Quelque temps après, s'étant assise sur son fauteuil dans sa chambre à coucher elle perdit subitement la parole et fut atteinte, dit-on, d'une syncope.

Je la trouvai au lit parlant d'une façon indistincte et avec beaucoup d'hésitation. Elle disait qu'elle se sentait drôle partout, mais elle ne pouvait indiquer aucune douleur bien définie, ni expliquer la perte subite de la parole. Elle avait des douleurs semblables à des crampes dans le mollet de la jambe gauche. Point de tympanite.

Suppression des lochies. Ecoulement blanc. Lait abondant. Pouls normal ; température normale. Elle reposait tranquillement et paraissait très calme. Traitement KBR, etc.

4 mai. Sommeil léger pendant la nuit. N'a pas parlé une seule fois depuis ma dernière visite bien qu'elle ait essayé plusieurs fois de le faire. En lui demandant si son bras droit était engourdi elle répondit par une monosyllable « oui ».

5. 6. 7. Les phénomènes hémiplégiques s'accentuent. Le mouvement est plus compromis que la sensibilité. Pas de douleurs de tête ; ne peut pas sortir la langue mais avale facilement. Son vocabulaire est réduit aux expressions « oui et non ». Elle comprend

tout ce qu'on lui dit. Pupille gauche plus contractée que la droite. Pouls faible, 80 par minute.

Température 36° 5, à gauche 37° à droite.

Le 8. Elle commence à sortir un peu la langue, à parler un peu mieux, mais ne peut cependant pas enchainer les phrases et ne peut pas répéter le nom de son mari ; est de bonne humeur, possède l'ouïe intacte et comprend les plaisanteries. Bras plus douloureux, jambe un peu plus faible. Beaucoup de lait ; donne le sein à son enfant. Amélioration progressive à partir de ce moment jusqu'à guérison complète. Jusqu'au 15 juillet s'est plainte d'une faiblesse générale et d'une débilité locales dans le bras et la jambe droite.

Leith Napier attribue à l'embolie les accidents survenus chez cette malade. Comme il ne mentionne aucune lésion cardiaque et qu'il ne donne aucun symptôme caractéristique de l'embolie nous ne le suivrons pas dans son appréciation. La marche des accidents, leur apparition brusque après une émotion morale nous font considérer cette observation comme un cas d'aphasie puerpérale d'origine nerveuse.

Dans sa thèse d'agrégation de 1875, M. Legroux rapporte deux observations d'aphasie puerpérale qu'il rattache à des causes morales. La première est indiscutablement d'origine nerveuse. La voici tout au long :

Observation XI. — Aphasie dans l'état puerpéral.

Note communiquée par le docteur L. Gignoux, médecin des hôpitaux de Lyon (Th. Legroux 1875).

Madame M. B... femme d'un caractère impressionnable, mais non hystérique, était arrivée sans accident au sixième mois d'une première grossesse, lorsqu'un matin après le déjeuner, elle est prise sans fièvre, sans étourdissements, sans vertiges, sans engourdissement des membres d'une aphasie subite. La malade conserve toute son intelligence ; elle sait ce qu'elle veut dire, mais ne peut articuler le mot voulu : elle emploie une expression pour une autre, ou bien prononce un mot sans aucune signification. Elle exprime une vive impatience par ses gestes.

L'accès dura en tout une demi-heure, sans laisser aucune trace.

L'accident ne s'est pas renouvelé pendant la fin de la grossesse. Accouchement et suites de couches naturels.

A une seconde grossesse, mais seulement au huitième mois, Madame B..... éprouva une crise d'aphasie qui dura environ vingt minutes et qui disparut aussi soudainement que la première fois.

La seconde observation rapportée par M. Legroux mériterait peut-être mieux d'être rapprochée de celle que M. Cuffer a publiée. La voici :

OBSERVATION XII. — Aphasie dans l'état puerpéral — Observation communiquée par M. L. Gignoux, médecin des hôpitaux de Lyon (inédite). Th. 1875.

Madame P...., âgée de vingt-quatre ans, d'un caractère très calme, n'ayant jamais eu de maladies nerveuses dans l'enfance, a eu un accouchement prématuré à six mois. Enfant mort. Deux mois après, seconde grossesse qui arrive à terme ; emploi du forceps pour terminer l'accouchement en vertu d'inertie utérine.

Le second jour après l'accouchement, turgescence des seins, sans état fébrile ; l'enfant tette avec avidité. Madame P..... n'éprouve aucun malaise.

Dans la soirée de ce jour, perte subite de la parole, la malade ne peut dire que : « da..... da... ». Elle s'inquiète vivement et fait des gestes énergiques, mais très naturels de désespoir. Elle montre ses seins, excessivement gonflés, porte ensuite ses mains à la bouche, voulant exprimer par là qu'elle suppose que le lait est la cause de son mal. A chaque instant, elle cherche à parler, mais ne peut prononcer que «da... ou ma». Quand elle veut prononcer son nom elle ne peut dire que : « da... da... peux pas » Lorsqu'on lui dit qu'elle s'appelle Berthe, elle répond de suite : « oui, Bet... Bet... ». Voulant exprimer avec ses doigts quel est son âge, elle commence à étendre ses dix doigts une première fois, puis une seconde fois, puis elle hésite et les ouvre encore tous les dix. S'apercevant qu'elle réussit mal, elle fait des gestes d'impatience. Quand on lui montre une fourchette elle dit : « falette, non... non... non, falette oui, oui ». Quand on prononce le mot « fourchette » elle reprend: « oui falette. » Elle désigne sa couverture avec ce mot « colature ». Pour écrire sur une ardoise, couverture, elle écrit : « coulptrui » et s'impatiente encore vivement de son échec.

Quand on lui fait lire un journal, elle fait signe qu'elle ne peut le comprendre et s'impatiente encore.

Les jours suivants, l'état général restant toujours excellent, l'aphasie se modifie peu. Cependant la malade retrouve bientôt quelques mots et arrive à se faire comprendre, tout en n'employant que des mots se rapprochant par leurs consonnances des mots réels. . . . .

Puis elle parvient à lire quelques phrases et à les comprendre. Mais elle se fatigue vite à cet exercice, et finit bientôt par ne plus saisir le sens des mots qu'elle lit.

En deux mois et demi de progrès continus, Madame P..... n'était plus aphasique. Sa santé générale est excellente.

Dans cette observation comme dans celle de M. Cuffer il y a eu une relation évidente entre les troubles de la sécrétion lactée et l'apparition de l'aphasie. Tandis que dans l'observation Gignoux la montée du lait a semblé précéder les accidents cérébraux, dans l'observation de M. Cuffer, ce n'est qu'après l'établissement bien net de l'hémiplégie que la sécrétion lactée a été troublée. Ce point n'a qu'une importance minime ; mais il n'en rend pas moins certain l'existence d'une paralysie vaso-motrice du sein.

Il y avait eu dans le cas de M. Gignoux de l'inertie utérine et une perte plus ou moins abondante, aussi peut-on en induire que dans ce cas considéré par M. Legroux comme dû à un acte réflexe ou à une émotion morale, il se soit simplement agi d'anémie cérébrale comme dans le cas de M. Cuffer.

Nous en avons fini avec l'analyse des observations d'aphasies puerpérales, Il nous reste maintenant à esquisser rapidement l'histoire clinique.

D'abord les aphasies puerpérales sont-elles fréquentes ? M. Siredey qui a vu 8.000 accouchements n'en a pas cité un cas. Darcy dans sa thèse nous en cite sept sur cinquante-huit cas d'hémiplégies. En ajoutant celui de Leith Napier, ceux de MM. Cuffer, Gignoux, Mattei et le nôtre nous arrivons à un total de douze cas. En supposant que quelques faits nous aient échappé, cette statistique n'en démontre pas moins surabondamment que les aphasies puerpérales sont des plus rares.

Si nous examinons l'époque de leur production, nous voyons que dans le cas de Burrow, c'est six semaines après l'accouchement qu'elle est apparue. Dans celui de

Churchill (en admettant même que ce cas soit bien un cas d'aphasie vraie) c'est huit jours avant l'accouchement qu'elle s'est produite. Dans le cas de Charpentier qui est très douteux également c'est huit jours après l'accouchement que les accidents ont apparu. Leven de son côté n'indique pas la date où l'aphasie s'est produite. Dans le premier cas de Gignoux c'est au sixième mois de la grossesse que les symptômes d'aphasie se sont montrés, accidents d'ailleurs bien passagers, tandis que dans le deuxième fait du même auteur, c'est le deuxième jour après l'accouchement.

Mattei dans son observation dit que l'aphasie a débuté le septième jour après la parturition. M. Cuffer n'indique pas le jour précis ; il se contente de nous dire quelques jours après l'accouchement.

Enfin dans notre observation c'est le deuxième jour après l'accouchement que les symptômes d'aphasie ont débuté. Nous concluons donc de ce qui précède que si pendant la grossesse on peut voir survenir des cas d'aphasie, c'est surtout quelques jours après l'accouchement que ces accidents se produisent.

La cause des aphasies puerpérales, nous l'avons déjà discutée amplement à propos de notre observation. Nous n'avons donc qu'à résumer en quelques mots cette longue discussion.

Si dans quelques cas l'albuminurie peut être invoquée comme pour l'observation de Churchill, elle n'en est pas moins une cause exceptionnelle. A ce groupe de faits nous joindrons, d'après M. Legroux, l'observation de Mattei que M. Legroux attribue à l'urémie. L'observation de M. Charpentier doit, d'après lui, être classée parmi les cas d'albuminurie ayant provoqué l'aphasie.

Si nous y joignons un cas où la septicémie a pu jouer un certain rôle, nous trouvons réduites à deux grandes classes les aphasies développées dans la puer-

péralité. 1° Aphasies dues à des troubles vasculaires. 2° Aphasies d'ordre nerveux. Voyons en détail quelles sont les variétés qui composent ces deux classes.

Dans les aphasies produites par des troubles vasculaires deux grandes divisions s'imposent immédiatement.

A. Troubles passagers dus à la congestion ou à l'anémie.

B. Troubles permanents, c'est-à-dire dus soit à l'hémorragie, soit aux thromboses ou aux embolies.

A. Les troubles vasculaires passagers qui se produisent seraient dus à l'anémie d'après certains auteurs; parmi eux nous devons citer M. le professeur Jaccoud qui rattache à l'anémie les troubles cérébraux produits par la puerpéralité. Cette cause est très plausible.

M. le Professeur Peter de son côté fait jouer un grand rôle à la congestion dans les troubles cérébraux qui se produisent. C'est là un fait indiscutable qui pourrait peut-être expliquer les aphasies intermittentes et les aphasies passagères, telles que celle qui constitue la première observation de Gignoux. Certains cas rattachés à l'albuminurie seraient peut-être causés par la congestion cérébrale.

B. Le deuxième ordre de troubles vasculaires se compose des troubles vasculaires permanents, c'est-à-dire de l'hémorrhagie cérébrale, des thromboses, des embolies. S'il est vraisemblable que l'hémorrhagie cérébrale ait pu produire de l'aphasie chez les accouchées, nous n'en avons pas trouvé d'exemple. Quant aux thromboses cérébrales nous n'en avons pu trouver aucun fait.

Il est cependant certain que les causes qui favorisent le développement de la thrombose veineuse des jambes pourraient produire des thromboses artérielles dans les vaisseaux du cerveau ; mais ce n'est qu'une hypothèse jusqu'ici.

L'embolie cérébrale est au contraire pleinement dé-

montrée dans notre observation et dans celle de Burrow. Ces embolies sont consécutives à une affection cardiaque développée ou non pendant la puerpéralité. Cette affection cardiaque est généralement une affection mitrale.

Résumant en un seul mot la cause de toutes les aphasies par troubles vasculaires, nous dirons que jusqu'ici l'embolie est la seule démontrée, bien que la congestion soit certainement la cause de plusieurs faits.

2° La deuxième série des causes fréquentes de l'aphasie dans la puerpéralité, se composent des aphasies d'origine nerveuse. Tantôt ce sont des hystériques qui sont prises d'aphasie (cas de Leven), tantôt c'est à la suite d'une émotion morale brusque que l'aphasie se développe (cas de Leith Napier). Nous rangeons dans cette catégorie l'observation de M. Cuffer. Mattei attribue le fait qu'il a publié à un acte réflexe. Nous avons vu que M. Legroux lui attribuait une autre origine. Cette classe de causes est certainement la plus nombreuse, ce qui s'explique facilement, par le trouble moral subi par l'accouchée.

Ne tenant compte que des faits positifs, nous dirons que l'aphasie puerpérale ne reconnaît guère que deux grandes causes, l'embolie consécutive à une affection cardiaque et les causes diverses d'ordre nerveux (hystérie, émotions, etc). Cette étiologie nous servira à étudier les variétés cliniques que l'on trouve dans des faits disparates en apparence.

Suivant en effet que l'observateur a affaire à des causes diverses l'affection se présente sous des aspects différents. En effet dans les cas d'aphasie d'origine purement nerveuse (cas de Gignoux par exemple), on voit les accidents se développer brusquement et disparaître rapidement. La durée peut n'être alors que de vingt minutes à une demi-heure, mais elle peut durer plusieurs jours ; comme dans l'observation de M. Cuffer où

l'aphasie s'accompagna d'hémiplégie gauche. Ce fait est anormal, car c'est l'hémiplégie droite et non la gauche qui accompagne d'habitude l'aphasie ; mais M. Cuffer explique l'anomalie en disant que cette malade se servait habituellement de la main gauche et que c'est la troisième circonvolution frontale droite qui fonctionnait chez elle. Cette classe d'aphasies a toujours guéri sans laisser de trace.

Toute différente est la physionomie des aphasies dues à l'embolie. Ici l'aphasie s'accompagne généralement d'hémiplégie droite avec prédominance de la paralysie du bras comme chez notre malade.

Cette hémiplégie peut s'améliorer et la malade peut arriver à marcher un peu en fauchant, mais le bras est contracturé et la contracture ne fera qu'augmenter. Dans le cas de M. Burrow, la mort a été rapide.

Outre les troubles moteurs et sensitifs on peut voir chez les malades, quelle que soit l'origine de leur aphasie, survenir des troubles vaso-moteurs comme dans le cas de M. Cuffer où l'on a vu le sein du côté paralysé sécréter plus abondamment que de coutume et la deuxième de M. Gignoux où les troubles cérébraux ont coïncidé avec le gonflement des seins.

Les diverses variétés d'aphasie sont-elles observées ? Malheureusement les observations que nous avons trouvées ne nous permettent pas de donner des détails à cet égard.

La cécité verbale et l'aphémie sont les deux seules que nous ayons observées. Nous ne savons si l'agraphie et la surdité verbales ont été vues.

Le pronostic de l'aphasie proprement dite est généralement favorable. Elle guérit toujours quand elle est le plus souvent d'origine nerveuse. Les autres aphasies s'améliore assez notablement pour qu'on puisse les considérer presque comme guéries. Il est donc probable que dans

ces cas la circulation collatérale se rétablit suffisamment pour permettre au cerveau de retrouver ses fonctions ; mais ce qui fait porter un pronostic sévère dans les cas d'embolies c'est la dégénérescence de la moelle qui rend les malades infirmes pour le reste de leur vie. Si la circulation collatérale se rétablit plus facilement chez les accouchées que chez les autres malades atteints d'embolies, c'est que généralement ce sont des jeunes femmes dont le système artériel est en fort bon état. C'est peut-être là ce qui pourrait expliquer la fréquence de la guérison de l'aphasie puerpérale causée par des embolies cérébrales. La guérison, quand elle doit se faire, survient très rapidement.

Les femmes qui ont eu une première attaque d'aphasie à la suite de couches devront éviter de redevenir enceintes, car leurs accidents pourraient revenir comme dans le cas de Gignoux. Quant au traitement proprement dit de l'aphasie puerpérale, il diffère suivant la cause, mais nous croyons que dans ces cas comme dans toutes les aphasies, il faut travailler à exercer les facultés du malade et refaire, pour ainsi dire, son éducation, en évitant des séances trop longues ou trop fréquentes.

Telles sont les quelques remarques que nous voulions présenter au sujet des aphasies puerpérales. Nous n'avons qu'un regret c'est que nous n'ayons pu trouver plus d'observations, ce qui nous aurait permis de faire un travail plus complet et plus précis. Nous ne voulons pas terminer sans remercier notre savant Maître M. le professeur Ball qui a bien voulu nous traduire une observation anglaise.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES TERREURS MORBIDES

ET

LE DÉLIRE ÉMOTIF EN GÉNÉRAL

Par le Dr E. DOYEN

Interne à l'asile Sainte-Anne

Il existe un certain nombre d'individus, qui sont en quelque sorte sur la limite de l'aliénation mentale, et qui présentent des troubles nerveux plus ou moins variés, plus ou moins complexes, dont ils ont parfaitement conscience.

Ce sont ces malades qu'on a l'habitude de considérer comme des aliénés avec conscience, et qui, à la société médico-psychologique, ont fait l'objet depuis quelques années de plusieurs communications intéressantes.

En rapprochant ces différents états, il est facile de voir que ce qui prédomine chez plusieurs d'entre eux, et constitue la maladie, c'est un sentiment de crainte et d'anxiété, tantôt limité à certains objets ou à certaines situations sociales, tantôt au contraire généralisé et survenant à tout instant et à propos de tout.

L'étude du délire émotif ne date pas d'aujourd'hui, et on en retrouve des exemples bien avérés dans les auteurs anciens; mais ce n'est guère que depuis l'intéressant mémoire qu'a fait Morel sur ce sujet, en 1866, que l'attention a été particulièrement attirée sur ce point de la médecine mentale. Cet éminent aliéniste y a groupé et réuni en une vue d'ensemble les principales formes morbides par lesquelles peut se traduire l'émotivité; il a démontré qu'elles s'accompagnent ordinairement de troubles physiques variés, et c'est à ce titre

qu'il avait cru devoir en faire une névrose des ganglions viscéraux.

La même année, M. J. Falret, dans une communication à la société médico-psychologique, donnait de la panophobie une description restée classique, et la désignait sous le nom d'hypochondrie morale avec conscience. Il en rapprochait les craintes diverses, considérant toutes ces manifestations, comme le résultat d'un même état nerveux complexe, pouvant se présenter sous des allures différentes.

Quelques mois plus tard, M. Baillarger, faisait à la même société une communication analogue à propos de l'observation d'une dame atteinte de la crainte du contact.

En 1872, paraissait le travail de Westphal sur l'agoraphobie. C'est la première étude de ce genre, où cette variété de terreur morbide ait été décrite d'une façon classique, elle a donné lieu aux nombreux travaux, qui depuis ont été faits sur la question.

Parmi ces derniers nous citerons entre autres, le travail de Perroud en 1873 (in *Lyon médical*), le mémoire de M. Legrand-du-Saulle sur la peur des espaces et celui de Bourdin sur l'horreur du vide en 1878, et en 1879, la thèse de Duhaut.

C'est également en 1879, que M. le professeur Ball fit une très intéressante communication sur la claustrophobie (peur des espaces fermés) à la société médico-psychologique (juillet 1879). Quelques temps auparavant paraissait le travail du docteur Beard de New-York sur les terreurs morbides (morbid fear).

Plus récemment Silbermann publiait une étude sur les terreurs nocturnes des enfants (v. *Journal des connaissances médicales* 1884, p. 258), et en mars 1885, paraissait dans la *Revue philosophique* une série d'articles du docteur Sikorski sur l'évolution psychique de l'enfant; cet

auteur y consacre plusieurs pages à la pathogénie de la peur chez l'enfant.

Enfin M. Luys, dans son *traité de pathologie mentale*, a écrit un très intéressant chapitre sur l'émotivité. Cet éminent aliéniste divise l'émotivité morbide en deux catégories au point de vue de son origine. Dans la première catégorie, il range les manifestations émotives qui dérivent de l'émotivité normale. Cet état résulte de la persistance de l'état d'éréthisme des cellules du sensorium, sous l'influence d'une cause extérieure : il cite à cet égard deux observations, où la terreur a persisté après que la cause provocatrice avait disparu. Dans le second groupe, il classe les faits se rattachant à l'émotivité morbide qu'il qualifie de subjective. Dans ce cas, les cellules du sensorium n'ont pas besoin d'une cause provocatrice pour entrer en éréthisme ; celui-ci survient spontanément.

Les manifestations du délire émotif sont nombreuses et variées, et les couleurs diverses qu'elles peuvent revêtir n'ont d'égale que leur multiplicité. Pour mettre un peu d'ordre et de clarté dans cette étude, nous avons cru devoir diviser les différentes formes émotives en deux catégories, les unes circonscrites, les autres générales.

I. Formes circonscrites. — Des différentes formes qui rentrent dans ce groupe clinique, l'agoraphobie est une de celles qui semblent avoir particulièrement attiré l'attention pendant ces derniers temps. Le terme agoraphobie, qui, comme on le sait, est dû à Westphal, signifie étymologiquement « peur des places publiques. » Mais comme l'a fait très bien observer M. Legrand-du-Saulle, ce terme est impropre et ne donne qu'une idée incomplète de l'état nerveux qu'il doit désigner. L'agoraphobe, en effet, ne se sent pas seulement angoissé lorsqu'il se trouve en présence d'une place publique, mais en

présence de l'espace ouvert en général. Dans ces conditions, le terme de « peur des espaces », que M. Legrand du-Saulle a proposé de substituer au mot agoraphobie, est certainement plus conforme à la vérité, et devrait être conservé à notre sens.

Pour donner une idée claire et nette de cet état nerveux, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer l'observation d'une malade que nous avons pu suivre il y a quelques temps, et qui nous a semblé être un type à peu près classique de cette affection.

Observation I. (1) — Mme C..., 35 ans, lingère, n'a pas d'antécédents héréditaires, autant du moins qu'il nous a été possible de nous renseigner à cet égard.

Jusqu'à l'âge de 13 ans, elle s'était toujours bien portée et n'avait présenté aucun accident morbide.

Réglée pour la première fois à cette époque, elle devient pâle et se plaint d'étourdissements fréquents.

A partir de ce moment, elle a toujours été très nerveuse; depuis 1870 surtout, elle se plaint d'étouffements et de constriction à la gorge à la moindre contrariété; ces accidents nerveux se développent surtout à l'époque des règles. Elle est d'ailleurs très excitable; — les motifs les plus futiles suffisent à provoquer des éclats de rire incoercibles, comme aussi la moindre contrariété détermine de violents accès de colère, se traduisant par une impulsion irrésistible à briser les objets qu'elle a sous la main.

A la même époque aussi, la menstruation devient irrégulière, et la malade se plaint d'un écoulement leucorrhéique assez abondant, qui depuis a persisté. Elle présente d'ailleurs, des signes évidents de chlorose : pâleur de la face, décoloration des muqueuses et souffle léger dans les vaisseaux du cou.

Il y a six ans, elle accouche d'un premier enfant. Trois ans après, nouvelle grossesse, qui se termine par une fausse-couche à deux mois. Enfin, il y a un an, elle accouche d'un second enfant à terme.

Depuis sa fausse-couche, elle a des douleurs au bas-ventre, douleurs s'irradiant vers les cuisses et les lombes, et l'examen au spéculum permet de constater que le col est gros, rouge et granuleux.

(1) Nous devons cette observation à l'obligeance de notre ami et collègue M. Roger, interne de M. le professeur Ball, à l'hôpital Laennec.

C'est de la même époque que dateraient les accidents dont nous allons maintenant parler.

Elle raconte qu'un jour, attendant la visite d'une amie, elle fut vivement contrariée que celle-ci la fit attendre. Impatientée, elle sortit pour aller à sa rencontre; mais à peine était-elle dans la rue, que tout à coup, elle dût s'arrêter brusquement, en proie à une sensation d'angoisse des plus pénibles. Elle compare la sensation qu'elle éprouvait, à celle d'un cordon ou d'une tige de fer qui lui aurait immobilisé le thorax en arrière. Et depuis cette époque, les mêmes symptômes, les mêmes sensations, se reproduisent invariablement, et signalent le début de l'accès. Souvent encore, il lui semble, dit-elle, qu'elle marche sur du caoutchouc, ou bien encore sur un tapis très épais.

Dès qu'elle est accompagnée, tous ces symptômes disparaissent comme par enchantement; mais si son mari lui quitte le bras, seulement pour un instant, aussitôt les mêmes phénomènes se reproduisent avec autant de force et de vigueur qu'auparavant. Aussi cette femme en était-elle réduite pendant ces derniers temps à ne plus pouvoir sortir seule. Se met-elle sur un balcon ou à la fenêtre, les mêmes terreurs, les mêmes angoisses reparaissent; il lui semble, dit-elle, que le balcon s'écroule, l'entraînant avec lui dans sa chute. La simple vue d'une cave ouverte, lui donne d'ailleurs des sensations analogues.

Au mois de juillet dernier, ayant une course peu éloignée à faire, elle se hasarda à sortir seule; mais elle était à peine dans la rue, qu'elle fut prise de ses terreurs, et obligée d'entrer dans une maison; à cinq reprises, elle dut ainsi chercher un refuge; finalement, se sentant incapable de continuer sa route, elle envoya chercher son mari pour l'accompagner, et dès lors tous les symptômes disparurent.

La seule compagnie de sa petite fille âgée de six ans, suffit à calmer ses craintes chimériques, et lui permet de franchir aussi librement les rues et les places publiques, qu'avant sa maladie. Elle nous a même affirmé que dans maintes circonstances, il lui avait suffi de tenir à la main une canne ou un parapluie, sur lequel en cas d'alerte elle aurait pu s'appuyer, pour ne pas voir survenir ses terreurs habituelles.

Nous ferons remarquer que cette malade, qui est un exemple typique d'agoraphobie, a présenté des symptômes d'hystérie parfaitement avérés, et que l'état agoraphobique semble bien être sous la dépendance de cette affection, dont les nombreuses manifestations, comme

on le sait, sont si bizarres et si capricieuses dans leurs allures.

Il est une autre forme du délire émotif, consistant dans la peur exagérée des voitures (amaxophobie). Cette variété de terreur morbide peut être considérée comme une forme de l'agoraphobie, puisque cette dernière névrose est surtout caractérisée par la peur d'une chute. Voici deux observations de cet état émotif, que nous avons recueillies dans le service de la clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne.

Observation II. — Mme R..., 28 ans, couturière, a perdu son père il y a quelques années d'un abcès à la gorge. Il aurait eu plusieurs attaques de rhumatisme, et aurait présenté des accidents de somnambulisme spontané. C'est ainsi qu'à plusieurs reprises, on l'aurait vu la nuit aller visiter les travaux d'architecture qu'il dirigeait.

La mère, encore en vie, se porte bien et ne présente rien de particulier à signaler.

Rien non plus du côté des grands-parents.

Une tante paternelle, âgée de 92 ans, est épileptique.

Plusieurs oncles et tantes sont morts tuberculeux dans un âge peu avancé.

Enfin, un frère âgé de 43 ans, serait atteint de débilité mentale. Quoiqu'étant resté au lycée jusqu'à 18 ans, il n'a jamais pu rien apprendre, pas même à compter. Il a uriné au lit jusqu'à cet âge, mais n'aurait jamais présenté d'accidents convulsifs.

Quant à la malade, elle a eu la fièvre muqueuse étant jeune. A 19 ans, elle a une première couche; à 21 ans, une fausse-couche de 5 mois; à 23 ans, une deuxième couche, et enfin une dernière à 25 ans.

Arrivée à Paris en 1878, elle a mené une existence assez orageuse; depuis cette époque, cette malade a toujours été très chlorotique, et aujourd'hui encore elle en présente les signes les plus manifestes.

Avant d'arriver ici, elle habitait la campagne et n'avait jamais présenté d'accidents nerveux, semblables à ceux qu'elle a remarqués depuis et que nous allons maintenant décrire.

Ce qui surtout chez elle la tourmente et l'obsède, c'est une crainte exagérée des voitures, dès qu'elle est au dehors. S'il lui faut absolument passer d'un trottoir à l'autre, elle commence par s'enquérir avec soin s'il ne vient pas quelque voiture, et dès qu'elle en voit une, elle ne se décide à s'engager sur la chaussée, que quand elle est passée. On conçoit qu'elle attend

ainsi quelquefois fort longtemps, les mêmes craintes et les mêmes hésitations se renouvelant à chaque voiture nouvelle qu'elle aperçoit à l'horizon. Quant aux places publiques, elle les évite avec le plus grand soin, toujours par crainte des voitures; en tous cas, elle se garde bien de quitter le trottoir, et ne craint pas d'allonger sa route, en longeant consciencieusement les maisons. En revanche, les chevaux, pourvu qu'ils ne soient pas attelés, ne lui procurent aucune crainte; elle passe, dit-elle, sans hésitation au devant d'une colonne de cavaliers, tandis qu'un simple fiacre lui inspire les terreurs les plus vives. Tous ces phénomènes disparaissent, dès qu'elle se sent accompagnée par une amie dont elle peut prendre le bras.

L'eau lui inspire également une vive frayeur. Si par hasard il lui arrive de s'aventurer à monter en bateau, elle éprouve aussitôt une sensation d'angoisse et de constriction épigastrique très pénibles.

Elle ne peut traverser le pont des Saints-Pères, sans éprouver un malaise analogue, qu'elle attribue à la trépidation produite par le passage des voitures, et à la vue de l'eau de l'autre côté du parapet; aussi préfère-t-elle, au risque de faire un chemin plus long, traverser la Seine sur un autre pont.

Au point de vue intellecteul, Mme R..., paraît assez mal partagée. Elle aime beaucoup à se vanter et elle le fait d'une façon généralement assez naïve.

Tous les organes sont sains, et il n'existe de troubles, ni de la motilité, ni de la sensibilité.

Il s'agit donc ici d'une femme, ayant des antécédents héréditaires absolument nets, et qui depuis son séjour à Paris, s'est vue prise, d'accidents nerveux, caractérisés surtout par une véritable terreur des voitures et de l'eau.

Nous croyons qu'à un moment donné, il serait très possible que ces craintes se généralisassent encore, car nous pensons que le délire émotif en général, lorsqu'il est d'origine héréditaire, présente une tendance incessante à s'étendre et à devenir persistant, quelles que soient d'ailleurs les formes plus ou moins variées qu'il affecte dans son évolution.

De l'observation précédente, on peut rapprocher la suivante; il s'agit d'un homme déjà d'un certain âge qui vient à la consultation externe de la clinique.

Obs. III. — Le nommé V..., 63 ans, ancien gardien de la paix, est atteint depuis six mois environ de la crainte exagérée des voitures.

Le père est mort à 72 ans, paraplégique; la mère aliénée a fini ses jours à la Salpêtrière.

La grand'mère maternelle, morte à 76 ans de sénilité, était guérisseuse; elle habitait Châtillon, où elle était connue sous le nom de femme Blanche, reboutteuse.

Enfin, une sœur épileptique a succombé à l'âge de 18 ans, d'une affection dont le malade ne peut préciser la nature.

Quant à ce dernier, jusqu'à 60 ans, il s'est toujours bien porté. Après avoir appartenu successivement à l'armée régulière, puis à la garde-mobile en 48, avec le grade de sous-lieutenant, enfin à la garde-républicaine, il entre à l'âge de 40 ans dans le corps des gardiens de la paix, d'où il n'est sorti qu'il y a un an environ, étant devenu incapable de remplir ses fonctions. Nous noterons en passant que cet homme a toujours été sobre, et que sa conduite parait avoir été régulière.

Il y a deux ans, il éprouva de grands chagrins domestiques; sa femme et ses enfants le battaient, et finalement celle-ci finit par le quitter il y a 10 mois, pour aller vivre en concubinage.

C'est de la même époque que date le début des accidents nerveux. C'est d'abord un affaiblissement progressif des membres inférieurs, accompagné de maux de tête et d'un léger dégré d'aphasie. Simultanément, il devient émotif et craintif, lui qui jadis dans maintes circonstances s'était montré courageux. Il n'osait plus rentrer chez lui, et sa femme et ses enfants étaient devenus pour lui l'objet de terreurs incessantes.

Depuis six mois, il présente une peur exagérée des voitures. Dès qu'il en aperçoit une au loin, il ne traverse la chaussée que quand elle est passée. Il craint toujours, dit-il, « que la distance ne soit assez grande, et qu'il soit écrasé ». S'il doit suivre une rue sans trottoir, il ne cesse d'être inquiet, n'ayant rien à sa portée où il pourrait se refugier, s'il venait à être surpris par une voiture.

Il ne peut traverser les places publiques, non pas qu'il ait la peur des espaces, mais parce qu'il craint de ne pouvoir se garer des voitures.

Il a constamment peur de tomber, et cette crainte le poursuit sans cesse, en quelqu'endroit qu'il se trouve. D'ailleurs il ne sort jamais sans son plus jeune enfant âgé de 8 ans, dont les fonctions consistent à le prévenir dès qu'il aperçoit une voiture. N'est-il pas singulier qu'un homme qui a probablement eu pour fonctions à certains moments, de régler la marche

des voitures, ait pu verser dans un délire aussi contraire à ses habitudes?

La force musculaire est encore assez bien conservée autant dans les membres inférieurs que dans les membres supérieurs. La vue est également bonne, et les différents viscères sont sains; mais l'exploration de la radiale dénote un état athéromateux des artères, très net; de plus, le malade au point de vue intellectuel, présente un certain degré d'affaiblissement des facultés, en voie d'évolution.

Voici donc un malade qui, ayant eu un père paraplégique, une mère aliénée, et une sœur comitiale, n'a présenté aucun accident nerveux, jusqu'à l'âge de 61 ans, et qui brusquement, à la suite de violents chagrins, a vu se développer chez lui une série de troubles émotifs divers. Doit-on admettre que la diathèse nerveuse héréditaire est restée latente pendant 61 ans, et que les chagrins qui ont assailli ce malade depuis quelque temps, n'ont été que la cause occasionnelle de ces manifestations? Ou bien faut-il mettre surtout en cause dans le cas actuel, l'athérome artériel et les troubles de la circulation cérébrale qui en sont la conséquence, les peines morales n'étant encore que la cause occasionnelle ?

Nous nous rangerions assez volontiers à cette dernière explication, étant donné que l'état émotif n'a été que consécutif à l'affaiblissement musculaire, et que jusque-là le malade n'avait présenté aucun accident nerveux.

A ces deux faits nous ajouterons le suivant, il s'agit d'une dame, morte à un âge très avancé, et qui pendant les quarante dernières années de sa vie, est restée constamment enfermée dans son appartement, parcequ'il lui était absolument impossible de traverser la rue, lorsqu'une voiture était visible à la plus grande distance où l'œil pouvait atteindre. Cet état morbide s'était développé chez elle à l'âge de quarante ans; ses amis avaient fini par renoncer à l'accompagner dans ses promenades, parce qu'il lui arrivait constamment de rester pendant une heure et plus, sur le bord du trottoir d'une rue fré-

quentée (rue Rivoli par ex.), sans vouloir la traverser. On comprend en effet qu'en plein Paris, elle devait rarement se trouver à l'abri de toute angoisse.

On peut opposer à l'agoraphobie cette autre forme de terreur morbide qu'on a désignée sous le nom de claustrophobie. M. le professeur Ball, dans le travail cité plus haut, en a rapporté plusieurs exemples, entre autres le suivant, que nous tenons à relater ici en quelques mots. Il s'agit d'une dame de 36 ans, fille de père aliéné, qui en 1868 fut atteinte d'une fièvre typhoïde grave, à la suite de laquelle elle devint anémique et présenta des crises hystériques. A quelque temps de là, étant un jour en excursion avec sa famille, elle voulut faire l'ascension d'une tour; mais à peine était-elle à moitié chemin, que brusquement elle fut prise d'une angoisse indescriptible; elle se précipita alors affolée dans l'escalier, au risque de se blesser, et ne retrouva le calme, que quand elle fut au dehors.

Le docteur Meschede (1) a signalé des faits semblables au congrès des naturalistes allemands, et M. Raggi de Bologne (2) en a fait l'objet d'une communication à l'institut des sciences de Lombardie. Enfin le docteur Beard dans son travail sur les terreurs morbides a cité le cas d'un jeune homme qui présentait cette forme émotive à un très haut degré.

D'autres fois la peur est limitée à certains objets; c'est ainsi que quelques malades ont la peur des épingles; d'autres ne peuvent toucher un bouton de porte sans éprouver une sensation des plus pénibles, qui peut aller même jusqu'à la syncope. M. Baillarger a raconté à la société médico-psycologique (juillet 1866), l'observation d'une dame qui avait peur des crayons, et par extension

(1) *Cité par M. Ball, ann. médico-psych. 1879. t. II. Mémoire lu à la soc. méd.-psych. Séance du 28 juin 1879*

(2) *Cité par M. Ball. Loc. cit.*

de tout ce qui sert à écrire et même de tout ce qui est écrit en général.

On sait aussi que chez beaucoup de personnes (ce sont généralement des femmes), la seule vue d'une araignée est le point de départ de véritables accès de terreur, dont elles reconnaissent l'absurdité, mais contre lesquelles elles ne peuvent absolument rien.

On peut rapprocher de ces faits la peur exagérée des chiens; les exemples n'en sont pas rares, et pour notre part nous avons connu deux sœurs que cette crainte a poursuivies toute leur existence.

. Voici maintenant l'observation d'une jeune femme qui vient à la consultation externe de la clinique, et chez laquelle l'état émotif se manifeste surtout par des terreurs nocturnes.

Obs. IV. — Mlle X., couturière, âgée de 25 ans, a perdu son père il y a quelques années; il était fossoyeur et buvait un peu. La mère, rhumatisante, vit encore, mais n'a jamais présenté d'accidents nerveux ou vésaniques. Du côté des grands-parents et des collatéraux, il n'y aurait rien non plus à signaler de particulier.

La malade a toujours été bien réglée, et l'examen des différents viscères ne révèle aucune particularité. La sensibilité est normale des deux côtés et la pression des ovaires n'est pas douloureuse.

Elle a toujours été peureuse et très émotive. Le moindre rassemblement, le moindre bruit la troublait et provoquait chez elle un sentiment de crainte et d'angoisse des plus pénibles. Elle pleure et rit alternativement sans motifs, et s'emporte facilement pour des futilités.

Il y a deux ans, étant au théâtre, elle fut prise subitement d'une sensation de froid, qui lui parcourut tout le corps et l'obligea à quitter la salle; au bout d'une heure, tout était terminé. Depuis cette époque, à diverses reprises elle a présenté des accidents analogues. La crise se termine habituellement par des pleurs involontaires.

Simultanément, elle a commencé à présenter des accès de terreur nocturne, dont la fréquence n'a fait que s'accroître jusqu'aujourd'hui. Elle se réveille brusquement, avec une sensation de froid et de constriction dans le côté gauche. Alors elle a peur et se met à crier et à pleurer. Interrogée

sur les motifs de ses craintes, elle répond invariablement qu'elle a peur, sans qu'il lui soit possible de préciser pourquoi; elle a d'ailleurs parfaitement conscience de son état, et ses craintes ne sont aucunement motivées.

Cet état de malaise et de crainte ne dure généralement que quelques instants; il suffit que sa mère, couchée dans une chambre voisine, vienne près d'elle et lui parle pour la rassurer complètement et la calmer. Elle n'éprouve d'ailleurs rien de semblable quand sa mère est couchée avec elle, ou seulement dans un lit très voisin.

Chez cette malade, les accidents nerveux paraissent être sous la dépendance de l'hystérie. Les rires involontaires, l'excitabilité sans motifs, la mobilité de caractère, que nous rencontrons chez elle, sont des phénomènes qui sont en quelque sorte pathognomoniques de cette affection. Car il ne faut pas oublier, que l'attaque convulsive ne constitue pas à elle seule cette névrose et que nombre de femmes en sont atteintes sans avoir jamais présenté d'attaques. Nous dirons donc qu'il s'agit dans le cas actuel, d'une femme hystérique, et que les accidents émotifs dont elle est atteinte peuvent être considérés comme une des nombreuses manifestations, par lesquelles se traduit cette affection si capricieuse et si variée dans ses allures.

Telles sont les formes principales que peut revêtir l'émotivité morbide, lorsqu'elle est circonscrite; nous n'avons pas à coup sûr épuisé ce vaste sujet, mais l'espace dont nous pouvions disposer, ne nous permettait pas de nous étendre davantage, et nous avons dû nous limiter à l'étude des faits les plus importants et les plus fréquemment observés, dont les autres ne sont que des variétés cliniques plus ou moins diverses. Il nous reste maintenant à envisager le délire émotif sous un aspect plus général, et à montrer que si quelquefois il est circonscrit, il peut au moins aussi souvent se présenter sous forme de panophobie.

II° Formes généralisées (panophobie). Jusqu'ici nous

avons montré des malades, chez lesquels les craintes se limitaient à certains objets ou à certaines manières d'être de l'individu qui en était l'objet. Le panophobe, lui, a peur de tout, c'est à tout instant qu'il voit se réveiller ses angoisses et chaque chose est pour lui l'occasion de l'explosion d'un accès nouveau.

Dans la première observation que nous rapportons ici, il s'agit d'un jeune garçon entré récemment à l'asile Sainte-Anne. (Service de M. le professeur Ball.)

Obs. V. — Le nommé A. Joseph, âgé de 18 ans, a perdu son père il y a 16 mois, il raconte que celui-ci était devenu « hydropique », et qu'il buvait beaucoup. La mère qui vit encore est très émotive, comme son fils. Le grand-père maternel est mort paralytique et un oncle paternel était épileptique. Enfin un frère est mort tout jeune d'affection inconnue, et une sœur également en bas âge, après avoir présenté des accidents méningitiques.

Quant au malade voici les renseignements que nous a fournis sa mère et qu'il nous a donnés lui-même.

Depuis l'âge de six semaines jusqu'à 7 ans, il a été atteint de convulsions, dont chaque accès se terminait par des pleurs.

Il a fréquemment des migraines, qui durent 12 heures environ et s'accompagnent de vomissements. L'intelligence est assez bien développée, il est allé à l'école de 7 ans à 13 ans; il apprenait facilement; il sait d'ailleurs parfaitement lire et écrire, et possède des notions générales qui dénotent de sa part un développement intellectuel au moins ordinaire.

Le côté gauche présente une hémiparésie complète, avec atrophie musculaire concomitante. Du même côté, existe un strabisme interne, accompagné autrefois de diplopie, qui par suite d'un mécanisme bien connu maintenant, a totalement disparu aujourd'hui.

Ces accidents paraissent être survenus à la suite des convulsions; ils se sont accentués de plus en plus depuis leur apparition, au point que depuis deux ans, ce malade qui est imprimeur, était renvoyé après peu de temps des différentes maisons où il entrait, à cause de l'incapacité de travail que causait chez lui son hémiplégie.

La sensibilité est parfaitement conservée de ce côté, et les muscles répondent parfaitement aux excitations électriques.

Ce malade a toujours été très émotif et très peureux. Étant jeune, de 8 à 12 ans environ, il avait une véritable terreur des

voitures; quand il traversait une rue et qu'il apercevait une voiture à 15 où 20 mètres de lui, il craignait sans cesse de ne pouvoir gagner à temps le trottoir opposé, et se mettait à courir comme si la voiture eût été sur lui; il n'était rassuré que quand il se trouvait de l'autre côté de la chaussée.

Il avait également une grande frayeur des chiens. S'il passait près d'un chien et que celui-ci venait à aboyer, il était pris d'une véritable panique et se sauvait en criant, croyant qu'il allait être mordu.

Aujourd'hui ces craintes ont disparu, mais il présente d'autres manifestations émotives, qui n'en sont pas moins pénibles. La moindre chose est pour lui l'occasion de frayeurs, qui se prolongent quelquefois très longtemps. Ainsi vient-on, pendant qu'il est appliqué à un travail assidu, à ouvrir une porte derrière lui, il tressaute aussitôt et se trouve en proie à une crainte et à une anxiété des plus vives. Cet état se traduit par une sensation de constriction à la région épigastrique, la pâleur de la face, l'accélération du pouls et le tremblement de tout le corps. Il se prolonge ordinairement de 10 à 15 minutes.

Il y a quelque temps, comme il était occupé à suspendre une glace au mur, le clou vint à se détacher, et la glace faillit tomber et se casser. Ce seul fait lui causa une telle frayeur, qu'il devint pale et se mit à trembler pendant au moins 20 minutes.

« D'ailleurs, comme il le dit lui-même, je ne saurais énumérer les nombreuses circonstances ou j'ai peur, car j'ai peur de tout. »

Le jeune garçon dont nous venons de rapporter l'observation est un héréditaire dans toute l'acception du mot. Avec un père alcoolique, un oncle paternel épileptique et une mère très émotive, il ne pouvait manquer de l'être. Aussi nous croyons que chez lui le pronostic est grave. A mesure que certains accidents disparaîtront, il en surviendra d'autres; ou bien ceux dont il est atteint aujourd'hui ne feront que s'accroître, et s'ils présentent quelques rémissions, ce ne sera que pour reparaître ensuite avec une nouvelle intensité.

Quant aux troubles de la motilité dont il est atteint, ils sont certainement sous la dépendance d'une affection organique siégeant vraisemblablement dans les méninges, si l'on se rappelle que ce malade, pendant son enfance,

a présenté des convulsions, et que c'est de cette époque que date le début des troubles oculaires et de l'hémiparésie.

Chez certains panophobes, l'état émotif pour se développer n'a pas besoin de l'intervention d'une cause extérieure, et se manifeste d'une façon spontanée ; c'est cet état que M. Luys désigne sous le nom « d'émotivité morbide subjective ». M. J. Falret qui en a donné une description magistrale, l'a appelé « hypochondrie morale avec conscience » ; c'est ce qu'on appelle plus généralement aujourd'hui la mélancolie avec conscience. Voici l'observation d'une malade qui présentait cette forme émotive à un très haut degré :

Obs. VI. — Il s'agit d'une dame de 57 ans, dont un grand père s'est suicidé et qui a eu deux tantes maternelles ayant présenté des accès de mélancolie.

Depuis quelque temps, elle avait chaque année des périodes de tristesse, assez bénignes d'ailleurs. En 1877, elle perd son mari qu'elle affectionnait beaucoup et cette circonstance est le point de départ d'un accès plus prolongé que les autres.

En 1883, nouvel accès qui guérit en 3 mois par un traitement approprié.

En 1884, vers le mois de janvier, elle redevient de nouveau malade à l'occasion d'un fait absolument insignifiant. Ses parents ne s'en alarment pas d'abord outre mesure, pensant que comme l'année précédente, les accidents disparaîtraient assez rapidement; mais au mois de juillet comme l'état n'avait fait qu'empirer chaque jour et que loin de s'amender, les troubles nerveux prenaient des proportions de plus en plus inquiétantes, on songea à la faire soigner, et c'est alors que nous pûmes suivre l'évolution de la maladie.

Quand nous la vîmes pour la première fois, la malade nous raconta qu'elle était nuit et jour en proie à un état d'anxiété et d'angoisse incessantes, qui lui rendaient l'existence des plus pénibles. Tout était pour elle l'objet de craintes et de terreurs indescriptibles. Voulait-elle pour oublier ses tourments, distraire son esprit par la lecture ou par des travaux féminins, elle ne tardait pas après quelques instants à se trouver en proie à un nouvel accès, chaque fois plus terrible et pour elle et pour son entourage. Elle a d'ailleurs, à plusieurs reprises fait des tentatives de suicide, qu'elle était la

première à déplorer ensuite, mais qu'elle ne pouvait réprimer pendant ses crises. Elle passait ses journées à parcourir les mêmes chemins, les mêmes allées de son jardin, et ce n'était que quand, épuisée de fatigue, elle desirait s'arrêter, qu'elle pouvait enfin trouver un calme relatif. Elle présentait un phénomène que M. Falret a signalé comme très fréquent, c'était la crainte de devenir folle. Cette idée l'obsédait sans cesse, et lui suggérait les pensées les plus tristes.

Elle avait aussi des terreurs assez bizarres. C'est ainsi que la seule approche d'un chien, qu'elle affectionnait beaucoup autrefois, lui produisait un effet des plus angoissants et provoquait chez elle un état de crainte et d'anxiété qu'elle ne s'expliquait pas d'ailleurs, mais qui lui était extrêmement pénible. Ce qui l'affectait encore plus, c'était d'éprouver des symptômes analogues, en voyant sa petite fille, qu'elle adorait, et dont la seule vue était le point de départ de tourments indescriptibles, et provoquait des crises, qu'elle ne pouvait maîtriser.

La nuit même, malgré les fatigues qu'elle s'imposait pendant la journée, elle ne pouvait prendre quelque repos, que grâce aux fortes doses de bromure et de chloral qu'on lui faisait absorber. Elle présentait en outre d'autres accidents purement physiques. Nous devons d'abord signaler une sensation de constriction épigastrique et de cercle qui lui comprimait la tête en tout sens. Ces phénomènes sont bien connus, et M. Falret les considère comme constants, dans l'affection qui nous occupe.

Du côté des organes génitaux, quoique ceux-ci fussent absolument sains, elle ressentait également des troubles nerveux, se traduisant pas une sensation de poids au niveau de la région hypogastrique, et surtout par un prurit vulvaire des plus désagréables, qui l'obligeait à porter à chaque instant la main à cet endroit. Ce phénomène l'alarmait beaucoup et était pour elle l'objet de nouvelles craintes et de nouveaux tourments.

Nous pûmes suivre cette malade jusqu'au mois de septembre. époque à laquelle des circonstances particulières nous la firent perdre de vue. Elle était beaucoup moins anxieuse à cette époque, et semblait, quoique lentement, marcher vers la guérison.

Il s'agit ici d'une malade ayant des antécédents héréditaires parfaitement avérés, qui sont la véritable cause des accès successifs qu'elle a présentés depuis quelques années; quant aux incidents insignifiants qui en ont été le point de départ, ils n'en ont été que les causes occasionnelles. Relativement au pronostic, nous croyons qu'il est grave: nous avons vu en effet que depuis leur

première apparition, les accès ont eu une tendance marquée à se rapprocher de plus en plus, et simultanément à s'accroître en durée et en intensité. Il est donc probable que si l'accès actuel guérit il ne tardera pas, quelles que soient les précautions prises, à survenir une nouvelle période maladive, puis une autre encore, chacune d'elles devenant plus longue que la précédente et les intervalles qui les sépareront d'autant plus courts.

La panophobie, chez certaines personnes, peut se manifester encore d'une façon différente; on voit des malades qui, à l'inverse de cette dame dont il est question dans l'observation précédente, sont anxieux non pas pour eux-mêmes, mais pour les personnes qui leur sont chères; tel est le cas de cette jeune femme dont voici l'histoire en résumé :

Observation VII. — Madame X..., cuisinière, a un père très vif et très irascible; sa petite fille âgée de deux ans et demie est également très nerveuse. Elle-même a toujours été d'un caractère indocile, se mettant facilement en colère pour des futilités.

Il y a 5 ans, elle a présenté des accidents hystériques, entre autres une sensation de constriction à la gorge, toutes les fois qu'elle éprouvait quelque contrariété, mais elle n'a jamais eu d'attaque convulsive. Ces manifestations ont disparu au bout d'un an. Quinze mois après, elle a une couche qui a été le point de départ d'une métrite. A quelque temps de là (8 semaines environ), elle est prise d'une vive frayeur à la suite d'un accident très grave dont son mari est victime. Pendant une quinzaine de jours, « elle est restée, dit-elle, comme folle », n'osant plus sortir, et s'attendant à chaque instant à ce qu'on lui dise que son mari était enterré là où elle se trouvait. Ces craintes avaient disparu, quand il y a deux ans, elles apparurent à nouveau, et n'ont pas cessé depuis. Elle n'ose plus sortir avec son mari, de crainte qu'il lui arrive quelque malheur. Elle a peur qu'il soit écrasé par les voitures; elle a peur, si elle traverse un pont avec lui, qu'il ne vienne à tomber dans l'eau. Mêmes terreurs relativement à sa petite fille, qu'on a dû lui enlever, pour lui épargner cette seconde source d'inquiétudes et d'angoisses. En revanche, elle n'a aucune crainte pour elle-même, et quand elle est seule, elle ne redoute ni les voitures ni la traversée des ponts.

Nous avons constaté un peu d'anesthésie à gauche et un point très douloureux à la pression au niveau de l'occiput.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici le délire émotif qu'au point de vue clinique ; il nous reste à dire dans quelles conditions il peut prendre naissance.

De toutes les origines dont il est tributaire, c'est incontestablement l'hérédité qui joue le rôle le plus important, C'est un fait qui a été signalé par tous les auteurs, et qui ressort également de quelques-unes des observations que nous avons rapportées. Nous devons également signaler l'hystérie, cette névrose si bizarre, dont on peut considérer certaines formes du délire émotif comme quelques-unes des manifestations multiples sous lesquelles elle peut se présenter. Tel était le cas des malades qui ont fait l'objet de nos observations I, IV et VII.

Puis vient toute une série de causes, ayant pour lien commun une débilitation de l'organisme. Telles sont la chlorose, les excès de travaux intellectuels et les veilles prolongées, les excès vénériens, l'état de dépression succédant à certaines maladies graves telles que le choléra (J. Falret) et la fièvre typhoïde. Relativement à cette dernière, Morel a raconté qu'à la suite d'une fièvre typhoïde contractée en Italie, il fut pris d'accidents panophobiques, qui disparurent après quelques mois, mais qui pendant les cinq années suivantes, se reproduisirent à la même époque. Nous avons vu il y a deux mois environ à l'asile Sainte-Anne, un jeune homme, qui fut pris d'accidents analogues pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Ces troubles nerveux disparurent par le seul fait d'un régime reconstituant, et aujourd'hui ce malade est complètement guéri.

L'abus prolongé de certaines substances peut également donner lieu à des manifestations de l'émotivité morbide. M. le professeur Ball a signalé un état de crainte vague et indéfini, au début de l'intoxication

par la morphine. Nous avons récemment observé une malade qui a été prise de délire émotif à forme panophobique à la suite de l'abus prolongé du café. En voici l'histoire :

Obs. VIII. — Marie-Hélène F..., 56 ans, cuisinière, a perdu son père, lorsqu'elle était encore jeune, d'une maladie dont elle ne peut préciser la nature.

La mère est morte à l'âge de 66 ans d'une brûlure. Elle se plaignait fréquemment de maux de tête et de troubles dyspeptiques.

Le père et la mère n'auraient présenté ni l'un ni l'autre d'accidents nerveux d'aucune sorte.

Rien également de particulier à signaler chez les grands parents ou les collatéraux, à ce point de vue.

Depuis longtemps, dit-elle, elle se nourrissait mal et travaillait beaucoup. Elle a pris l'habitude, il y a 25 ou 26 ans, de faire une grande consommation de café; elle en absorbait en moyenne 6 ou 8 verres par jour, rarement moins, quelquefois plus; mais elle affirme avoir toujours été sobre, relativement à l'alcool.

Elle a toujours eu de grands maux de tête, et depuis bien longtemps, elle vomit chaque matin.

L'affection dont elle se plaint actuellement, et pour laquelle elle est entrée dans le service de M. Ball, daterait seulement du mois de décembre 1883. Un jour que son mari, retenu par ses occupations, tardait à rentrer, elle s'en affecta vivement, craignant qu'il n'eut été volé, comme il l'avait été déjà quelques années auparavant, dans des circonstances semblables.

Depuis cette époque, « elle a peur de tout », comme elle le dit très bien elle-même. Constamment en proie à un sentiment d'anxiété vague et indéfinissable, elle ne cesse de se lamenter et de se désoler. Elle croit sentir ses forces s'en aller chaque jour et se désole à la pensée qu'elle ne va peut-être plus pouvoir travailler. Il lui semble que son mari va tomber malade, et qu'alors ils se trouveront tous deux sans ressources ! Elle est en outre sans cesse obsédée par la crainte d'être volée, et cette crainte fut tellement vive à une certaine époque, que pendant longtemps elle ne sortait plus. A la maison, veut-elle coudre ou s'occuper des soins du ménage, elle est bientôt obligée d'y renoncer; tout est pour elle l'objet de terreurs instinctives, dont elle a parfaitement conscience, dont elle reconnait la fausseté et le ridicule, mais qu'elle ne peut surmonter.

Elle se plaint aussi depuis le début de « sa peur », comme elle dit, d'insomnies fréquentes et de cauchemars; la nuit, elle

voit des grosses têtes et des figures grimaçantes qui troublent son sommeil et l'interrompent à chaque instant.

Les mains étendues sont agitées d'un tremblement très manifeste; quant à l'examen des différents organes, il ne nous a révélé rien de particulier.

S'agit-il là, comme on pourrait le croire, à cause du tremblement des mains, des vomissements et des cauchemars, d'accidents nerveux, sous la dépendance de l'alcoolisme? Nous avons insisté dans ce sens, près de la malade à différentes reprises, mais elle nous a toujours affirmé qu'elle n'avait jamais eu d'habitudes de cette nature. Doit-on incriminer l'usage abusif du café, d'avoir produit ces accidents? Sans affirmer que ce soit là leur vraie cause, cette hypothèse nous parait cependant soutenable.

Relativement au thé, nous pourrions citer le cas d'un médecin que nous connaissons beaucoup, et qui nous a dit avoir présenté des accidents semblables, après avoir journellement absorbé pendant quelque temps de grandes quantités de cette boisson.

Quelles sont maintenant les conclusions que nous pouvons tirer de ce court exposé? Tout d'abord c'est qu'il existe un lien commun entre tous ces états émotifs. Chez tous ces malades en effet on retrouve ce fait essentiel, qui en fait une classe absolument distincte des autres aliénés, à savoir qu'ils ont conscience de leur état morbide, et que les manifestations dont ils sont atteints, ne sont accompagnées ni de conceptions délirantes ni d'hallucinations. « On dit généralement, » a fait observer M. le professeur Ball, « que la folie est un mal qui s'ignore lui-même ». C'est là, sans doute, une profonde vérité, dans l'immense majorité des cas, mais cette règle générale comporte de nombreuses exceptions. Nous n'en prenons à témoin que les différentes variétés du délire émotif que nous avons passées en revue.

Au point de vue de leur origine, nous avons vu aussi, que ces formes diverses de l'émotivité morbide se développent volontiers, soit chez des sujets entachés d'antécédents héréditaires ou de nervosisme, soit chez des sujets ayant subi l'influence d'une des nombreuses causes, exerçant une action débilitante sur l'organisme en général, et le système nerveux en particulier; il semble donc que pour germer, cette semence morbide doit trouver un terrain préparé par une prédisposition réelle, qu'elle soit héréditaire ou acquise.

Nous ajouterons encore, avant de terminer, que ces états nerveux paraissent directement en rapport avec cette affection si remarquable, à laquelle M. Falret père a donné le nom de *folie du doute*. (1) Ce rapprochement est vraisemblablement justifié, non seulement par l'association fréquente qui existe entre cette dernière affection et certaines formes du délire émotif, mais encore par les origines qui sont les mêmes, et le pronostic, qui dans l'un et l'autre cas doit toujours inspirer des craintes très vives pour l'avenir. Il est donc certain, que si ces malades ne sont pas à proprement parler des fous, dans le sens où ce terme est employé par le vulgaire, il n'en est pas moins vrai qu'ils rentrent dans le domaine de l'aliénation mentale, dont ils constituent seulement une groupe à part par les manifestations spéciales qu'ils présentent.

(1) J. P. Falvet, *des maladies mentales, leçons cliniques*, Paris 1864.

ARCHIVES CLINIQUES

HALLUCINATIONS DE LA VUE ET DE L'OUIE

DÉPENDANT DE TROUBLES CONGESTIFS

Par M. PIGNOL
Interne des Hôpitaux

Le nommé P....., âgé de 53 ans, est entré à l'hôpital Laennec le 1er juillet 1885, dans le service de M. le Professeur Ball. Cet homme est venu de lui-même solliciter son admission, demandant instamment qu'on le débarassât d'hallucinations de la vue et de l'ouïe qui le tourmentaient sans cesse.

C'est un homme assez vigoureux, bien constitué. La physionomie est ordinairement assez placide et en somme peu expressive. Au moment de son admission, le teint est très rouge, les yeux un peu injectés. Nous notons une légère hésitation de la parole, mais il n'existe ni tremblement évident des lèvres, ni inégalité pupillaire.

Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. Les battements du cœur sont bien frappés, sans exagération. Rien aux poumons. Le pouls radial est dur, tendu, manifestement dicrote.

Depuis quelque temps, trois mois environ, notre malade est tourmenté par des étourdissements, des vertiges qui, à deux reprises différentes, ont amené une perte de connaissance complète et une chute. Dans une de ces chutes, il s'est fait à la tête une blessure dont on voit encore la marque. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe dont nous donnerons plus loin le détail, surviennent surtout après ces vertiges.

L'histoire de la vie de P... est intéressante à plus d'un titre. Dès son enfance, ses actes ont revêtu un cachet de bizarrerie et presque d'incohérence. Doué, à ce qu'il prétend d'une grande mémoire, il fut quelque peu gâté par ses parents qui le considéraient comme un phénix. Tour à tour typographe, artiste dramatique amateur, puis élève du Conservatoire, et enfin acteur de province, il a toujours vécu sans souci du lendemain. Maître à 32 ans d'une petite fortune, il se marie et essaie du commerce. Sans aptitude aucune, il ne tarde pas à se ruiner. De plus, sa femme le trompe. Dénué de ressources, il recommence sa vie nomade d'acteur, courant la province. A Nantes,

il éprouve des accidents analogues à ceux d'aujourd'hui. Étant en chemin de fer il se sent pris d'un violent frisson, se voit entouré de soldats et de gens armés et entend des bruits qui l'épouvantent. Transporté dans un hôtel, il se débat pendant la nuit contre des fantômes. Sa mère lui apparait, puis des enterrements défilent devant lui. Il sort pour échapper à ces visions. A peine dans la rue, il voit distinctement un homme nu qui rampe derrière lui, puis l'homme nu disparait et est remplacé par un ouvrier qui le menace avec un crochet de fer. Terrifié, il se réfugie dans un débit de tabac, s'emporte sans motif, brise tout dans l'établissement, et tombe sans connaissance. On le transporte à l'asile d'aliénés. Il y reste plusieurs mois sans se rendre compte de sa situation; un matin la mémoire lui revient brusquement, il se rappelle son nom, reconstitue son existence et se trouve si bien qu'on le laisse sortir. Il reprend immédiatement son métier d'artiste dramatique.

Il eut après cette série d'accidents une période assez longue de calme. Puis peu à peu les hallucinations revinrent, ce furent d'abord des hallucinations visuelles. Tantôt il se voyait entouré de spectres, tantôt il voyait distinctement des animaux courir sur son lit. Cette dernière hallucination surtout se renouvela fréquemment. En même temps apparurent des hallucinations de l'ouïe; mais, chose remarquable, tandis qu'il avait conscience des erreurs de son sens visuel — le toucher en effet n'était nullement perverti — il n'appréciait pas toujours à leur juste valeur les hallucinations de l'ouïe, et plusieurs fois il lui est arrivé de répondre à des interlocuteurs imaginaires.

Lasègue, qui le vit à ce moment, le considéra comme atteint d'un état congestif du cerveau. M. Hanot, à la même époque se fondant surtout sur le caractère particulier de quelques hallucinations, le regardait comme alcoolique. Cependant il nie énergiquement avoir commis des excès, et ne présente à l'heure actuelle aucun des signes de l'intoxication par l'alcool.

Les premiers troubles psychiques présentés par notre malade se sont montrés en 1868. Les étourdissements dont il se plaint aujourd'hui ont débuté il y a trois mois. Ils s'accompagnent assez fréquemment de douleurs de tête extrêmement violentes.

Actuellement, P... a une parfaite conscience de son état et s'en montre très affecté. Les hallucinations le tourmentent presque sans cesse. Celles de la vue n'ont pas de caractère fixe. Tantôt elles sont de nature terrifiante, tantôt au contraire elles sont assez agréables. P... voit défiler devant lui les parents qu'il a perdus, « très défigurés, dit-il, mais encore reconnaissables. » Dans d'autres moments, il voit passer sous ses yeux des voitures, des chevaux; c'est suivant son expresion, un panorama de Paris qui se déroule. A ces visions se mêlent des hallucinations audi-

tives. Les fantômes lui adressent la parole, ordinairement pour le menacer ou lui adresser des reproches. Les voitures font du bruit. Mais, de même qu'autrefois, il n'est pas dupe des illusions de la vue; seules les hallucinations de l'ouïe sont parfois assez puissantes pour lui faire prendre le change, et il lui arrive quelquefois de répondre à haute voix aux paroles qu'il entend prononcer.

En dehors des moments où les hallucinations se produisent, P..., à part son facies un peu hébété, peut sembler un individu normal. Il s'exprime avec une certaine recherche, écrit fort passablement; mais en le faisant parler, et surtout en lisant avec attention l'autobiographie qu'il nous a remise, on ne tarde pas à voir percer une haute opinion de lui-même. C'est avec complaisance qu'il parle de ses talents d'artiste, de la beauté de son écriture, fort ordinaire pourtant. Bien qu'il ne présente pas à proprement parler de délire des grandeurs, il offre néanmoins une sorte de satisfaction permanente, même dans les moments où il semble le plus vivement affecté de son état psychique.

Ajoutons que le séjour à l'hôpital a profondément modifié ses hallucinations. Elles n'ont plus lieu que la nuit. Le bromure de potassium, qu'il a lui même réclamé, n'est probablement pas étranger à ce résultat, mais nous croyons que le repos physique et l'absence de tout excitation peuvent en revendiquer une large part.

Quelle opinion peut-on se faire de P... au point de vue nosologique ? S'agit-il d'une paralysie générale qui débute? Mais la longue durée de la maladie est tout à fait en désaccord avec cette hypothèse. D'autre part la conscience complète qu'il a de son état n'est pas dans les allures de la périencéphalite diffuse. Les signes physiques font défaut, à moins qu'on ne veuille considérer comme suffisante la très légère hésitation de la parole que nous avons signalée, et la faiblesse des jambes dont il se plaignait lors de son entrée. Sommes-nous en présence d'un délire alcoolique ? Malgré les visions d'animaux nous ne croyons pas que ce diagnostic puisse être porté.

Si l'on considère la marche spéciale des accidents, si l'on tient compte de ce fait, que les hallucinations s'accompagnent toujours chez P... d'une céphalée violente

avec rougeur de la face, on est porté à voir dans les désordres qu'il présente le résultat d'un état congestif habituel des centres encéphaliques. L'allure intermittente des symptômes, l'heureuse influence des purgatifs et du bromure de potassium déposent en faveur de cette opinion. Nous n'avons malheureusement pas de renseignement précis sur les antécédents héréditaires de notre malade; mais il nous paraît pouvoir se ranger dans la catégorie de ceux que M. Lasègue appelait des « cérébraux. » Per... en effet n'est pas un aliéné : nous insistons sur ce point, car c'est là que réside l'intérêt de l'observation. En effet, la conscience est complète. Il juge sa vie avec une certaine sévérité, bien justifiée d'ailleurs, et nous offre le singulier spectacle d'un homme qui commet légèretes sur légèretés, sans pouvoir s'en empêcher et tout en reconnaissant très bien l'absurdité de sa conduite. Quant à ses hallucinations, il n'en est pas dupe. Sa raison, constamment en éveil, lutte contre les erreurs de ses sens. Ce n'est certes pas là de l'aliénation. Mais, si Per... n'est pas de ceux qu'on peut sans inconvénient interner dans un asile, il n'en est pas moins un désordonné. Son existence antérieure en donne la preuve. C'est un type de ce que notre maître, M. le Professeur Ball, a décrit dans son intéressante étude sur les frontières de la folie (1).

ABSINTHISME CHRONIQUE

MÉLANCOLIE AVEC CONSCIENCE

HÉRÉDITÉ MORBIDE DES ANTÉCÉDENTS

Par le Dr H. GILSON

Chef de Clinique de la Faculté de médecine, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne

Le 17 juin 1885 nous recevions à l'asile Ste-Anne un malade qui entrait ce jour-là pour la deuxième fois dans

(1) Voy. l'*Encéphale*, 1883, page 1.

le service de la clinique. Nous eûmes ainsi l'occasion de l'étudier à deux reprises et l'histoire de ce malade nous ayant paru intéressante, nous avons pensé que les lecteurs de l'*Encéphale* nous sauraient gré de la leur communiquer.

H... Léon Ferdinand, âgé de 42 ans entré le 17 juin 1885 à l'asile Ste-Anne dans le service de M. le professeur Ball.

Antécédents héréditaires. — Le grand'père paternel est mort sans que le malade ni les parents puissent nous renseigner sur la maladie. Il en est de même pour le grand'père maternel. La grand'mère du côté paternel est morte aliénée. Grand'mère du côté maternel morte cause inconnue. Père mort à 45 ans probablement d'un abcès rétro-pharyngien, s'adonnait aux boissons alcooliques. La mère, enfant naturelle est morte aliénée à l'asile de Saint-Dizier à l'âge de 62 ans. Une tante sœur de la mère, idiote; cette dernière était la fille d'un autre père. Un frère mort à 25 ans de scrofule et abcès multiples probablement d'origine osseuse. Une sœur morte à l'âge de huit ans. La femme du malade est bien portante. Quatre enfants bien portants : une fille de 11 ans 1/2, une fille de 9 ans, une fille de 6 ans et un garçon de 4 ans.

Antécédents personnels. — Le malade fait ses études au lycée de Bordeaux et à l'école Turgot. Déjà à ce moment il était d'un caractère emporté et à la suite d'une discussion avec sa famille il s'engage à 18 ans pour entrer dans un régiment de chasseurs d'Afrique, où il reste jusqu'en 1871. Là il conquiert d'une manière rapide le grade de maréchal-des-logis chef. Mais, pendant son congé, il prend l'habitude de boire de l'absinthe; l'absinthe vendue en Afrique, dit-il est moins forte que celle débitée en France et elle est beaucoup mieux supportée. Pendant les deux premières années de son séjour en Afrique c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 20 ans, il n'éprouve aucun goût pour les femmes; mais à partir de ce moment on le voit pendant plusieurs années commettre des excès vénériens.

En 1871 il quitte le service militaire et entre dans une teinturerie à Suresnes. Là il reçoit d'abord les appointements de 1800 francs par an mais, grâce à son intelligence et à son instruction, il acquiert une place prépondérante dans la maison et voit augmenter successivement la rétribution de son travail, il arrive ainsi à gagner 6,000 francs par an. Depuis son retour d'Afrique, effrayé par les effets funestes de l'absinthe qu'il avait pu apprécier chez un de ses amis il cesse complètement l'usage de cette liqueur. En 1879 c'est-à-dire 8 ans après son retour d'Afrique aigri par des discussions continuelles avec sa

femme et sa belle-mère, il recommença à prendre de l'absinthe d'abord en petite quantité, puis dans des proportions immodérées. Petit à petit il néglige l'emploi dont il était chargé et ne fait plus que de rares apparitions dans la fabrique qui l'occupait. Grâce à sa facilité de travail, il arrive néanmoins à dissimuler de son mieux ses fréquentes absences. Cependant son assiduité devient de moins en moins grande. Vers la fin il était arrivé à prendre tous les jours dix ou douze absinthes et ne se présentait plus au travail que dans un état anormal d'excitation. Le 15 mars 1884 il est définitivement congédié par ses patrons.

A la suite de ce renvoi grandes discussions dans sa famille il cherche en vain une place et se voit réduit à vivre avec ses économies. Ses habitudes absinthiques continuent de plus belle et un jour à la suite d'une discussion avec sa femme il entre dans une violente colère et jette par la fenêtre tous ses meubles qui représentaient une valeur de 6,000 francs environ. Il se livre à cet acte de violence, dit-il, pour humilier et mortifier sa femme. Cette dernière effrayée se décide à quitter la maison, mais H... la menace de se tuer si elle persiste dans son projet. Elle persiste néanmoins; alors H... allume du charbon de bois afin de s'asphyxier. Le commissaire de police, prévenu par la femme du malade, vient empêcher ce sucide et H... est conduit au dépôt de la Préfecture de police d'ou il est transféré à l'asile Ste-Anne et de là à l'asile de Ville Evrard. Il reste dans ce dernier établissement jusqu'au 17 août 1884. Il s'y fait remarquer par une conduite exemplaire et travaille aux écritures de la direction.

A sa sortie de l'Asile H... ne retrouve plus qu'une place lui rapportant 1,800 francs. Les reproches et les récriminations de sa femme et de sa belle-mère recommencent. H... apprécie mieux alors et regrette les avantages de la position qu'il a perdue. Il a conscience de son état; il se laisse aller au découragement et il arrive à un état de dépression tel que ses idées de suicide l'envahissent avec une force nouvelle; il se sent tout à coup, affirme-t-il, possédé par l'idée de se tuer et de tuer sa femme. Dans la nuit du 25 au 26 novembre 1884 H... a erré toute une nuit au bois de Boulogne ne voulant pas rentrer chez lui de peur de céder à l'idée de tuer sa femme. Il se rend au commissariat de police demandant à être mis dans l'impossibilité d'obéir à ses impulsions morbides. H... est alors conduit à l'asile Ste-Anne où il est encore actuellement. (26 nov. 1884). Il reste alors dans le service de la Clinique jusqu'au 4 février 1885. Cette fois encore il se fait remarquer par sa bonne tenue et il est encore employé avec succès dans les bureaux de la direction. Il nous explique avec le plus grand sangfroid les idées

mélancoliques qui l'obsèdent et semble heureux d'être mis dans l'impossibilité de nuire. Au bout de deux mois, il songe cependant à se faire une nouvelle position et il sort le 4 février 1885, plein de bonnes intentions. Celles-ci ne durèrent pas longtemps; aussitôt rentré chez lui, il est en butte à des discussions incessantes; il est humilié d'avoir un traitement de 1,800 francs, lui qui jadis gagnait 6,000 francs. Il se laisse aller de nouveau à son penchant pour l'absinthe et quitte à tout moment son travail. Un jour, dans une discussion plus vive que d'habitude avec sa femme, il se jetta sur elle et lui serra le cou pour l'étrangler. Au même moment, il a conscience du crime qu'il va commettre et des conséquences de son action et il s'arrêta brusquement. Effrayé par les violences de son caractère et par les impulsions dangereuses de son esprit, il se rend au dépôt de la préfecture, demandant à être interné de nouveau. C'est dans ces conditions qu'il entre à Ste-Anne ou il continue à être interné pour la troisième fois.

Cette fois encore, nous le retrouvons poli, complaisant et avec pleine conscience de sa situation. Cependant ses idées mélancoliques sont plus profondément enracinées qu'au moment des deux premières entrées. Il sent qu'il doit faire à l'asile un séjour plus long que les fois précédentes et il se défie maintenant de ses guérisons apparentes. La santé générale reste bonne et même le malade est d'une vigueur peu commune. Les nuits sont calmes et jamais H... n'a accusé d'insomnie ni de cauchemars. On ne rencontre ni tremblement des mains, ni pituites matinales, ni zones d'anesthésie. Jamais de convulsions épileptiformes.

Ce malade nous a paru intéressant à plus d'un titre. Tout d'abord comme il est entré à l'asile Ste-Anne à deux reprises nous avons pu le suivre d'une manière complète. D'autre part son instruction le met au dessus de la plupart des malades d'asiles et lui permet de mieux analyser son état intellectuel et partant de mieux nous en rendre compte.

On trouve chez H... deux causes différentes qui, selon nous, l'ont amené sur le terrain de l'aliénation mentale, l'absinthisme et l'hérédité. Notre malade avoue sans aucune restriction les abus d'absinthe qu'il a faits, abus qu'il a commencés à l'âge de 18 ans et qu'il a continués depuis en les aggravant chaque année. Il présente les

symptômes particuliers de l'absinthisme, symptômes qui diffèrent dans une certaine mesure de ceux de l'alcoolisme. En effet chez H..., les signes physiques tels que le tremblement des mains, des muscles de la face font défaut, il en est de même des troubles fonctionnels comme les cauchemars et les pituites matinales. Ce qui domine chez lui au contraire, ce sont des troubles psychiques se manifestant surtout par de la dépression et de la tendance au suicide. Nous pensons que cette allure est particulière à l'absinthisme et peu fréquente dans l'alcoolisme. Cette remarque est encore plus vraie, croyons-nous, lorsque la dépression s'accompagne de conscience parfaite, comme c'est le cas chez H... Chez lui en effet, on trouve d'une manière on ne peut plus nette le complexus symptomatique, connu sous le nom de mélancolie avec conscience ; nous croyons cependant que l'absinthisme seul n'aurait pas suffi à nous expliquer l'état mental de notre malade. Il faut faire intervenir un second élément, l'hérédité. Le père de H... n'était pas aliéné; mais c'était un buveur; après avoir occupé une situation brillante, il fut congédié d'une place où il gagnait 20,000 francs par an absolument dans les mêmes conditions que son fils. On croirait, tant est grand la ressemblance de leur conduite, que le fils a voulu copier le père. Dans un fait pareil, il y a certainement plus qu'une imitation et un mauvais exemple ; il y a l'hérédité de l'appétit pour l'alcool. Ce n'est pas tout ; l'alcoolisme du père mis à part, H... compte encore dans sa famille une grand'mère aliénée une mère aliénée et une tante idiote. Il n'en fallait pas tant pour produire l'aliénation mentale. On voit donc, comme nous le disions au début de ces réflexions, que l'absinthisme et l'hérédité accumulés ont été les deux facteurs de ce cas particulier de mélancolie avec conscience.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

PHYSIOLOGIE. — *Recherches expérimentales concernant 1° les attaques épileptiformes provoquées par l'électrisation des régions excito-motrices du cerveau proprement dit; 2° la durée de l'excitabilité motrice du cerveau proprement dit après la mort.* — Note de M. VULPIAN.

« I. *Attaques épileptiformes provoquées par faradisation de la substance blanche cérébrale sous-corticale, après congélation de l'écorce grise des régions excito-motrices des deux lobes du cerveau.* — J'ai cherché à prouver, dans une précédente communication, (1) que la substance grise corticale des régions du cerveau dites *centres moteurs* ne joue pas, comme on l'avait admis, un rôle indispensable dans la production des attaques d'épilepsie provoquées par l'électrisation de ces régions. Non seulement on observe encore des attaques épileptiformes lorsqu'on faradise, sur un chien, la substance blanche sous-corticale d'un lobe cérébral, après excision ou cautérisation de la substance grise superficielle de ce lobe — et je dois dire que MM. Bubnoff et Heidenhain l'avaient déjà constaté —; mais ces attaques, ainsi que je l'ai vu dans plusieurs expériences, ont la même physionomie et la même évolution que celles qui sont provoquées par l'excitation électrique de la surface du gyrus sigmoïde. Sur ce point je suis en complet désaccord avec ces expérimentateurs. D'autre part, MM. Bubnoff et Heidenhain disent qu'il est impossible de faire naître une attaque épileptiforme sur les chiens chez lesquels on a enlevé ou détruit la substance grise superficielle des régions excitables des deux lobes cérébraux. Or, j'ai pu provoquer des attaques de ce genre, en électrisant, sur des chiens, la substance blanche d'un des lobes cérébraux, après ablation ou cautérisation de l'écorce grise des deux gyrus sigmoïdes et de la circonvolution qui borde ces gyrus : il faut dire toutefois que je n'ai observé qu'exceptionnellement ces attaques et, que lorsqu'elles avaient lieu, elles étaient plus

(1) Voy. Encéphale, année 1885, p. 122.

faibles et d'une durée moindre que chez les chiens qui avaient subi d'un seul côté l'excision ou la cautérisation de la substance grise corticale des régions excito-motrices. Mais, en employant un autre procédé d'expérience, j'ai obtenu des résultats de la plus grande netteté.

» Sur un chien, après avoir mis largement à découvert, des deux côtés du cerveau, le gyrus sigmoïde et la circonvolution qui le borde, j'ai soumis rapidement ces parties à l'action d'un jet de chlorure de méthyle sous pression. Toutes les régions du cerveau mises à nu ont été congelées en quelques instants jusqu'à une certaine profondeur. Un excitateur isolé a été tout aussitôt introduit, du côté gauche, dans la substance blanche, au-dessous de la région congelée; un autre excitateur a été placé à la surface de cette région et, après avoir fait passer par ces deux excitateurs un courant faradique, saccadé, de moyenne intensité, pendant deux à trois secondes on a vu se manifester une très violente attaque d'épilepsie qui a duré au moins deux minutes et qui n'a différé, sous aucun rapport, des attaques provoquées par la faradisation de la surface d'un des gyrus sigmoïdes chez un chien dont le cerveau est intact. On a pu renouveler deux fois l'expérience et, chaque fois, on a obtenu les mêmes résultats. La production de fortes attaques d'épilepsie par l'électrisation de la substance blanche sous-corticale, dans de telles conditions, démontre donc d'une façon indiscutable que cette électrisation peut agir sans que l'écorce grise des parties excito-motrices du cerveau proprement dit soit mise en jeu.

« II. *Attaques épileptiformes provoquées sur des animaux chloralisés.* — On peut, comme je l'ai indiqué dans une de mes précédentes Communications, provoquer des attaques d'épilepsie, en électrisant les points excito-moteurs du cerveau proprement dit sur des animaux curarisés. Les attaques évoluent alors exclusivement dans le domaine de la vie organique. Il m'a paru intéressant d'examiner si l'on pourrait fait naître aussi des attaques d'épilepsie, par le même mode d'excitation, sur des chiens chloralisés et de rechercher, dans le cas où l'expérience donnerait un résultat affirmatif, quelles seraient les modifications subies alors par ces attaques.

« Il n'est pas douteux qu'on ne puisse déterminer des accès épileptiques par l'électrisation des régions excito-motrices du cerveau proprement dit chez un chien chloralisé. Pour que l'expérience réussisse, il faut que la chloralisation, par injec-

tion intra-veineuse, ne soit pas poussée jusqu'au point où la faradisation de la surface d'un des gyrus sigmoïdes ne produit plus aucun mouvement dans les membres du côté opposé. Lorsqu'on est obligé d'employer des courants faradiques intenses ponr obtenir, par l'électrisation de cette région, de faibles mouvements dans les membres, l'expérience peut être tentée et l'on provoquera, à coup sûr, une attaque d'épilepsie, attaque très modifiée d'ailleurs.

« Sur un chien, dans ces conditions, j'ai faradisé, pendant deux ou trois secondes, avec un assez fort courant, la substance blanche sous-corticale, au-dessous de la région cérébro-crurale de l'écorce cérébrale, pendant que l'on prenait un tracé hémodynamométrique de la pression sanguine intra-carotidienne. Quelques instants après que les excitateurs ont été enlevés, on a vu la pression artérielle s'abaisser très notablement pendant quelques secondes; puis elle est remontée à sa hauteur primitive. Les petites collines, qui correspondent sur le tracé aux mouvements du cœur, étaient devenues à peine visibles pendant l'abaissement de la pression, puis elles se sont élevées de nouveau, sont devenues bientôt plus saillantes qu'avant l'électrisation et, après cinq ou six secondes, elles ont repris leurs premiers caractères. Au moment où les pulsations du sang carotidien étaient devenues plus fortes, elles étaient aussi un peu moins fréquentes qu'au début du tracé.

« La respiration, après la faradisation, a été, d'une façon passagère, plus fréquente et plus ample.

« Les yeux, qui avaient subi la déviation que détermine toujours la chloralisation chez le chien, ont repris leur situation normale et les pupilles se sont dilatées.

« Il n'y a eu aucun mouvement des membres; au contraire, il s'est produit un tic spasmodique dans les commissures labiales. Il n'y a pas eu la moindre salivation.

« En somme, les symptômes d'attaque épileptiforme se sont réduits, chez ce chien, à des modifications des mouvements du cœur, de ceux de la respiration, à des phénomènes oculo-pupillaires et à de la chorée rhythmique de certains muscles de la face. Je ne parle pas de troubles vaso-moteurs, bien qu'il y ait eu un abaissement de la pression intra-artérielle dans les premiers moments de l'attaque, parce que cette dépression a eu pour cause évidente l'affaiblissement considérable des mouvements cardiaques et non pas une modification de

l'action des nerfs vaso-moteurs. L'attaque ainsi modifiée a été notablement plus courte que celles qui ont lieu dans les conditions ordinaires, car elle n'a duré qu'une vingtaine de secondes.

« Deux autres expériences du même genre m'ont donné, d'une façon générale, les mêmes résultats. Toutefois dans ces deux cas, je n'ai pas observé de mouvements de la face ; les phénomènes oculo-pupillaires ont été peu marqués et l'abaissement de la pression, pendant l'attaque, a été moins considérable que dans la première expérience. Ce sont là des différences qui dépendent du degré de la chloralisation. Si la chloralisation est assez profonde pour qu'il y ait menace d'une syncope cardiaque, la faradisation des régions excito-motrices du cerveau proprement dit ne produit plus aucun effet analogue, ni sur le cœur, ni sur la respiration.

« III. *Influence des attaques épileptiques produites par électrisation du cerveau proprement dit sur la température rectale.* J'ai étudié cette influence chez des animaux non curarisés et non anesthésiés, chez des animaux curarisés et chez des animaux chloralisés ou morphinisés.

« Je me bornerai à consigner ici les résultats de ces expériences faites avec le même thermomètre, introduit dans le rectum jusqu'à la même profondeur, sur des chiens de même taille ou à peu près.

a. Sur un chien *non curarisé et non anesthésié*, la température rectale, qui était de 39°2, C. avant l'attaque, est montée rapidement à 39°,3 après l'attaque, puis est descendue à 39°,2. Même résultat à la suite d'une autre attaque.

« *b*. Ce même chien est *chloralisé* par injection intra-veineuse de chloral hydraté. La température rectale s'abaisse en peu de temps à 37°,6 C. A ce moment, elle ne descend plus que très lentement. On provoque une attaque épileptiforme, (modifiée par le chloral). Pendant et après cette attaque, la température s'abaisse rapidement, de 0°, 02 en une minute.

» L'expérience répétée deux fois donne le même résultat : il y a, sous l'influence de l'attaque, un abaissement rapide de plus de 0°,01, et il n'y a ensuite aucune tendance à une élévation thermique (1).

(1) Chez un animal chloralisé, la température rectale s'abaisse progressivement pendant toute la durée de la chloralisation. Je n'ai admis un abaissement thermique produit par l'attaque modifiée d'épilepsie,

« *c*. Chien *curarisé*. — Avant l'attaque épileptique interne provoquée par l'électrisation de la région excito-motrice du cerveau proprement dit, la température rectale est de 37°,10. Après l'attaque, la température rectale s'abaisse à 37° et remonte ensuite à 37°8. D'autres attaques provoquées agissent dans le même sens sur la température rectale.

« *d*. Chien *morphinisé* par injection d'une solution aqueuse de 0 gr,05 de chlorhydrate de morphine dans la veine saphène. Les attaques épileptiformes provoquées déterminent une élévation de la température rectale, de 0°,02 à 0°,13.

« On voit par ces expériences que les attaques épileptiques provoquées par faradisation des régions excito-motrices du cerveau proprement dit, déterminent une augmentation de la température rectale, lorsqu'elles donnent lieu à des convulsions des muscles de la vie animale (chiens non curarisés et non anesthésiés, ou chiens morphinisés), et qu'elles ont pour conséquence un abaissement de cette température, lorsqu'elles évoluent exclusivement dans le domaine de la vie organique (chiens curarisés ou chloralisés). Les actions vaso-constrictives, produites par les attaques chez les animaux curarisés, l'affaiblissement passager des mouvements du cœur, qui a lieu sous cette même influence chez les animaux chloralisés, paraissent être les causes principales de cet abaissement thermique.

« IV. *Durée de l'excitabilité cérébrale après la mort*. — Les parties postérieures du cerveau avaient été mises à découvert largement sur un chien légèrement morphinisé. Une hémorragie extrêmement abondante, et qu'on eut la plus grande peine à arrêter, causa en peu de minutes un tel affaiblissement que la mort était imminente. On se hâta d'agrandir l'ouverture du crâne, du côté gauche, pour mettre le gyrus sigmoïde à découvert. Avant la fin de cette opération, le cœur s'arrêta et les mouvements réflexes des paupières cessèrent aussitôt. On put faradiser la surface et les profondeurs du gyrus sigmoïde, moins d'une minute après le dernier mouvement du cœur. Avec un courant d'une très grande intensité, on n'obtenait plus le moindre mouvement des membres ni d'un côté ni de l'autre. Au contraire, même avec un courant moins fort en électrisant ces parties du cerveau proprement dit, on

dans ces conditions, que parce que, pendant cette attaque et les instants qui la suivent, la température baisse beaucoup plus rapidement qu'auparavant.

provoquait d'assez fortes contractions de la moitié correspon- de la face, du temporal et du masséter, même des muscles du cou et, en outre, quelques légers mouvements de la face du côté droit. Il suffisait de diminuer encore un peu la force du courant pour limiter les effets dans le côté gauche de la face. Il n'y avait aucune modification des pupilles. Ces diverses constatations avaient été faites coup sur coup, très rapidement, en une minute au plus. Elles prouvent nettement que le cerveau avait perdu toute excitabilité motrice : les contractions observées étaient dues uniquement à une propagation physique des courants de proche en proche, des points électrisés aux nerfs et aux muscles les plus voisins. Un quart d'heure après la mort, on obtenait encore des effets de ce genre, à l'aide d'un fort courant.

« Cette expérience confirme toutes celles qui prouvent que, chez les mammifères supérieurs, dans les conditions ordinaires, la substance du cerveau proprement dit perd son excitabilité motrice aussitôt que la circulation a complètement cessé dans les centres nerveux. »

Séance du 11 mai. — PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur la raison de l'impuissance des excitants mécaniques à mettre en jeu les régions excito-motrices du cerveau proprement dit.* Note de M. VULPIAN.

« Les régions excitables du cerveau proprement dit ne sont mises en activité, d'une façon constante, que par l'électricité. Les excitants mécaniques ou thermiques n'ont, en général, aucune action sur elles. Au début des études expérimentales sur les zones motrices du cerveau, on croyait même à l'impuissance absolue de ces moyens d'excitation. Plus tard on a reconnu que, dans certains cas et surtout dans certaines conditions, les excitants mécaniques et thermiques pouvaient, en agissant sur ces régions, provoquer de faibles mouvements dans la moitié de la face ou dans les membres du côté opposé à la région motrice sur laquelle on opérait. M. Brown Séquard, M. Couty, MM. François-Franck et Pitres et d'autres expérimentateurs ont constaté des faits de ce genre. C'est principalement sur des chiens, dont les régions cérébrales motrices étaient atteintes d'irritation inflammatoire, que l'on a vu l'excitation mécanique ou thermique de ces régions déterminer des mouvements. Ce sont là en réalité des faits exceptionnels, et il est indubitable que les excitants méca-

niques ou thermiques n'ont presque jamais aucune influence excito-motrice, lorsqu'ils agissent, chez le chien, sur le gyrus sigmoïde, sur la circonvolution qui le borde ou sur la substance blanche sous-jacente.

« A quoi tient cette dissemblance entre les excitants électriques, qui mettent facilement en jeu ces régions du cerveau, et les excitants mécaniques ou thermiques, qui sont presque toujours sans la moindre action? L'excitabilité des fibres nerveuses qui émanent du gyrus sigmoïde serait-elle toute spéciale, différente de celle des fibres nerveuses de la mœlle épinière et surtout de celle des fibres nerveuses des nerfs?

« On peut se convaincre aisément qu'il n'y a là aucune différence entre ces diverses fibres, sous le rapport de la nature de leur excitabilité. Si les fibres nerveuses sous corticales du cerveau, qui mettent la substance grise superficielle du cerveau en communication avec les foyers d'origine des nerfs moteurs bulbaires et des nerfs moteurs médullaires, ne sont excitables d'ordinaire que par l'électricité (statique, galvanique, faradique), c'est que leur excitabilité expérimentale est relativement faible; qu'elle est trop faible pour pouvoir être mise en jeu par les excitants mécaniques ou thermiques.

« Rien n'est plus certain que la faiblesse relative de l'excitabilité des fibres excito-motrices de la substance blanche sous-corticale. Avec l'appareil à courants induits (appareil à chariot de du Bois-Reymond) dont je dispose dans mon laboratoire, on peut provoquer des contractions dans les muscles innervés par le nerf sciatique, en faisant passer dans ce nerf le courant extrêmement faible que l'on obtient lorsque la bobine au fil induit a parcouru sur la coulisse un trajet de plus de 0 m. 50. Or, pour provoquer un mouvement dans un membre postérieur, celui du côté droit, par exemple, sur un chien légèrement morphinisé, en faradisant la substance blanche située au-dessous de la région corticale cérébro-crurale du côté gauche, il faut au moins le courant obtenu avec le même appareil, lorsque la bobine au fil induit n'a parcouru sur la coulisse qu'un trajet de 0 m. 23; souvent même on est obligé de rapprocher un peu plus les deux bobines l'une de l'autre.

« Pour prouver que c'est bien cette faiblesse relative de l'excitabilité expérimentale des fibres motrices sous-corticales qui est la cause de l'impuissance des excitants méca-

niques et thermiques que l'on fait agir sur elles, il suffit de démontrer qu'un nerf quelconque, le nerf sciatique par exemple, cesse de provoquer des contractions musculaires, sous l'influence des excitations mécaniques et thermiques, lorsqu'il ne répond plus qu'à l'action de courants de l'intensité nécessaire pour mettre en activité les fibres dont il s'agit. Les expériences ne laissent aucun doute à cet égard.

« J'ai examiné sur des chiens, peu d'instants après la mort, l'état de la motricité des nerfs sciatiques, sans les couper. Sur un de ces animaux, la faradisation de l'un de ces nerfs, la bobine au fil induit étant écartée de 0 m. 40, provoquait des contractions faibles, mais très nettes, dans les muscles du membre postérieur correspondant; l'excitation mécanique produisait un effet tout aussi apparent. Au bout de quelques minutes, l'excitabilité, tant mécanique que faradique, du nerf sciatique avait légèrement augmenté. Cette excitabilité diminuait ensuite de nouveau; il était nécessaire, pour la mettre en jeu, de rapprocher la bobine au fil induit de 0 m. 43. Il y avait à ce moment, vingt-huit minutes que l'animal était mort. L'excitation mécanique du nerf ne produisait plus qu'une contraction presque imperceptible dans les muscles de la cuisse. Deux ou trois minutes plus tard, le nerf ne répondait plus à la faradisation que lorsque la bobine au fil induit était à 0 m. 35 du point où elle recouvre entièrement la bobine au fil inducteur (1). A ce moment, les excitations mécaniques n'avaient plus d'action sur le nerf (2). Quarante-quatre minutes après la mort, la faradisation provoquait encore de faibles contractions dans toute l'étendue du membre postérieur, lorsque le courant passant par le nerf sciatique correspondant était obtenu avec un écartement de 0 m. 25. L'excitation mécanique ne donnait rien. La cautérisation du nerf par la flamme d'une allumette n'a pas non plus produit

(1) Lorsque l'excitabilité faradique diminue, on observe, comme pour l'excitabilité mécanique dans les mêmes conditions, que l'effet des excitations ne se produit plus que dans les muscles les moins éloignés du point qu'on excite. Ainsi, les muscles du pied et de la jambe ne se contractent plus à un certain moment; les contractions provoquées par la faradisation du tronc sciatique se limitent alors dans les muscles de la cuisse, où elles sont d'ailleurs très faibles.

(2) Le temps qui s'écoule entre le moment de la mort et celui où les excitations mécaniques cessent d'agir sur le nerf sciatique, a varié quelque peu dans mes expériences.

le moindre effet. Les derniers indices de l'excitation faradique du nerf sciatique ont disparu au bout de cinquante à cinquante-cinq minutes après la mort.

« Les fibres du nerf sciatique, dans ces expériences, perdent donc leur excitabilité par les agents mécaniques ou thermiques à un moment où elles sont encore excitables par des courants faradiques d'intensité relativement faible. Lorsque l'action des excitants mécaniques a cessé, dans une autre expérience de ce genre, la motricité du nerf sciatique pouvait encore être mise en jeu par la faradisation, la bobine au fil induit étant de 0 m. 35 du point où elle recouvre la bobine au fil inducteur, c'est-à-dire que les choses se sont passées comme chez l'animal dont j'ai d'abord parlé.

« Il est donc tout naturel que les fibres excitables de la substance blanche sous-corticale résistent, dans les conditions ordinaires, à l'action des excitants mécaniques, puisque, pour provoquer par leur intermédiaire des mouvements de la face ou des membres, il faut faire usage du courant faradique obtenu lorsque la bobine au fil induit est séparée du point où elle recouvre la bobine au fil inducteur par un intervalle de 0 m. 20 à 0 m. 23 et que, à ce faible degré d'excitabilité, les fibres nerveuses ne répondent plus aux excitants mécaniques. Je n'ai fait d'essais sur les nerfs sciatiques, à l'aide d'excitants thermiques, que lorsqu'ils ne répondaient plus, par une contraction des muscles qu'ils innervent, à l'influence d'un courant faradique plus faible que celui qu'on obtient avec un écartement de 0 m. 25. Les excitants thermiques étaient alors sans action, et par conséquent, on comprend qu'ils n'agissent pas sur les fibres excito-motrices sous-corticales du cerveau. J'ajoute d'ailleurs qu'ils doivent, selon toute vraisemblance, cesser d'agir en même temps que les excitants mécaniques.

« C'est donc bien, comme je le dis plus haut, parce que l'excitabilité expérimentale des fibres excito-motrices sous-corticales est trop faible, que les régions du cerveau qui les comprennent ne sont excitables ni par les agents mécaniques, ni par les agents thermiques ».

Séance du 18 mai. — PHYSIOLOGIE. — *De la protubérance annulaire comme premier moteur du mécanisme cérébral, foyer ou centre de la parole, de l'intelligence et de la volonté.* Note de M. BITOT.

« Mes travaux en cérébrologie m'ont fait soutenir, dans plusieurs Mémoires, que la troisième circonvolution frontale gauche n'est pas, comme on le croit généralement, le siège ou centre de la parole. Ne se trouvant pas là, ce centre devait exister ailleurs, puisque la réalité d'un faisceau moteur chargé spécialement de servir de porte-voix à cette faculté n'est pas discutable.

« J'ai pensé que l'examen bien attentif des faits cliniques dont la Science est en possession me le ferait découvrir dans la protubérance annulaire. Les troubles produits parfois par les maladies dans cette région semblaient l'indiquer. Si je ne me fais illusion, mes prévisions n'ont pas été trompées. Mais à cette découverte que je poursuivais est venue s'en joindre une autre à laquelle j'étais loin de penser au commencement de mes recherches. J'entends le centre des autres facultés supérieures.

« Je ne me dissimule pas qu'en tenant un semblable langage, je heurte l'opinion universelle, qui n'a jamais vu que le cerveau pour servir de domaine exclusif à l'intelligence et à la volonté. Il est loin de ma pensée de vouloir enlever à cet organe le rôle qui lui revient; mais ce que j'ose me permettre de soutenir, c'est que ce rôle est physiologiquement secondaire et que la primauté appartient à la protubérance annulaire, en ce sens qu'elle est centre, foyer ou premier moteur, tandis que le cerveau n'est qu'une périphérie chargée de recueillir les impressions.

« Pour enlever à ma thèse ce qu'elle paraît avoir de trop étrange, je dois faire remarquer que les expérimentateurs et les cliniciens accordaient déjà à la protubérance des propriétés à part. Aujourd'hui on la considère comme une transition ménagée entre les centres médullaires et ceux des hémisphères cérébraux.

« Les impressions sensitives perçues par la protubérance peuvent provoquer des mouvements complexes sans la participation du cerveau, sans l'intervention de la volonté. Elle serait le siège de sensations brutes incapables de se transformer en idées.

« Il y a quarante-cinq ans, Gerdy contrôlant les expériences de Flourens, avait été plus loin en déclarant qu'il résultait de ses expériences personnelles sur l'encéphale que la perceptivité et la volonté siégeaient à la fois dans le cerveau et la protubérance. C'était un pas vers la vérité. Mais Gerdy

a laissé son expérimentation inachevée. Il ne suffisait pas, en effet, pour apprécier la difficulté tout entière, de savoir seulement ce que l'ablation du cerveau, avec conservation de la protubérance, faisait perdre à l'intelligence : il fallait aussi constater ce qu'elle perdrait *par le fait de la destruction totale ou partielle de la protubérance, avec conservation du cerveau.*

« Magendie, cependant, avait expérimenté sur la protubérance, mais il n'avait attaqué que ses parties latérales, il avait négligé la ligne médiane ou raphé. Il y a donc lieu de se livrer à de nouvelles expériences en agissant sur les organes dans un ordre inverse à celui qu'on a suivi jusqu'ici.

« De leur côté, les pathologistes, mettant à profit les troubles consécutifs aux lésions les plus propres à localiser les actes auxquels la protubérance annulaire préside, sont arrivés à formuler l'enseignement suivant : l'hémorragie protubérantielle peut donner lieu à tous les phénomènes de l'apoplexie foudroyante, *à la condition que tous les faisceaux sensitifs ou moteurs soient lésés, condition qui anéantirait en même temps toute autre manifestation de la vie;* ou bien, que le coup, sans avoir une aussi grande étendue, coïncide avec une lésion de telle ou telle partie des hémisphères cérébraux.

« Ainsi, la protubérance n'entrerait dans le concert que comme un organe de sensibilité et de mouvement. Bref, la Physiologie était en avance sur la Pathologie.

« Or l'examen approfondi des faits cliniques me conduit à affirmer que la protubérance fait partie essentielle de l'économie, non seulement physiologique, mais encore intellectuelle du cerveau; que, sans l'une des parties qui la constituent, la portion moyenne de son raphé ou ligne médiane, l'intelligence n'existe pas; que, dans ce point, il se trouve un centre ou nœud intellectuel, au même titre que le bulbe rachidien, par exemple, contient le centre ou nœud respiratoire.

« Ces faits cliniques, au nombre de trente-cinq, c'est-à dire tous ceux qu'il m'a été donné de rassembler, m'ont conduit aux conclusions et aux corollaires qui suivent :

« 1° Les lésions bornées à l'un des côtés de la protubérance annulaire, par conséquent avec conservation du raphé, tout en détruisant la sensibilité et la motricité, à part ou ensemble, peuvent retentir en même temps sur la parole et l'intelligence, mais ce dernier trouble n'est que transitoire,

« 2° Les destructions très étendues de la protubérance annulaire, embrassant le raphé, coïncident *constamment* et *absolument* avec la perte de la parole et de l'intelligence.

« 3° La destruction unilatérale, grande ou petite, qui envahit la portion centrale du raphé produit toujours successivement la perte de la parole et de l'intelligence.

« 4° Les lésions même *très limitées* de la protubérance annulaire, *pourvu qu'elles soient situées sur son centre*, détruisent la parole et l'intelligence.

« 5° Les lésions qui embrassent toute la protubérance, *moins le raphé*, n'entraînent pas à leur suite la perte de la parole et de l'intelligence.

« 6° On ne doit pas recourir au voisinage du centre bulbaire (respiration et circulation) pour expliquer la mort produite par la lésion du centre protubérantiel. Cette dernière n'anéantit immédiatement que l'intelligence et respecte la vie végétative, au moins un certain temps, tandis que la lésion du centre bulbaire fait tout cesser instantanément, elle foudroie.

« 7° L'existence du centre ou foyer intellectuel dans la protubérance annulaire implique la négation des localisations psychiques dans l'écorce cérébrale. Centre pour les organes des sens, cette écorce n'est que périphérie pour la protubérance annulaire, comme le poumon pour le bulbe.

« Le cerveau, comme le poumon, peut être profondément altéré sans qu'il en résulte une atteinte mortelle pour le centre. Le centre ou foyer prime la périphérie. Dès lors il n'y a plus lieu de s'étonner qu'après une apoplexie cérébrale quelconque, ou bien la destruction traumatique ou pathologique d'un bloc cérébral, l'intelligence puisse quelquefois, c'est-à-dire quand la commotion n'a pas été trop forte, reprendre son exercice habituel. Seule la destruction de la partie centrale du raphé protubérantiel annéantit l'intelligence *subitement, absolument, sans retour* ».

Séance du 2 juin. — PHYSIOLOGIE. — *Sur une espèce d'anesthésie artificielle, sans sommeil et avec conservation parfaite de l'intelligence, des mouvements volontaires, des sens et de la sensibilité tactile.* Note de M. BROWN-SÉQUARD.

« En attendant que moi-même ou d'autres ayons pu découvrir un procédé permettant aux médecins comme aux chirurgiens de produire aisément l'espèce d'anesthésie que j'ai trouvée, je viens rapporter à l'Académie les résultats nouveaux

que j'ai obtenus depuis 1882 (1) et les effets que j'ai observés jusqu'ici dans les essais que j'ai faits sur l'homme.

« I. Mes expériences ont été faites sur neuf singes, sur quarante-trois chiens et sur nombre d'autres animaux. C'est surtout chez les singes (*macaques* ou *bonnets chinois*) que l'analgésie se produit aisément et d'une manière durable. Voici les principaux résultats obtenus :

« 1° Parmi les parties dont l'irritation est capable de produire l'analgésie sans sommeil, celle qui a le plus de puissance est assurément la muqueuse laryngienne, mais des irritations de parties voisines de celle-là (la trachée, le tronc du nerf vague au-dessous de l'origine des nerfs laryngés supérieurs et même la peau du cou), peuvent aussi quelquefois faire apparaître partout cette anesthésie.

« 2° De tous les agents d'irritation du larynx, l'acide carbonique et les vapeurs de chloroforme sont de beaucoup les plus puissants, à la condition cependant que ces substances ne pénètrent pas dans les poumons, car leur action, lorsqu'elles ont passé dans le sang empêche les nerfs laryngés de produire l'analgésie sans sommeil.

» 3° Lorsqu'on réussit à injecter dans le tissu de la muqueuse du larynx et sous elle de douze à quinze gouttes ou plus, suivant la taille de l'animal, d'une solution au dixième de chlorhydrate de cocaïne, on obtient aussi cette analgésie spéciale.

« 4° Les autres modes d'irritation que je vais mentionner sont en général bien moins puissants : galvanisation des nerfs laryngés supérieurs ou celle du larynx entier, cautérisation de la muqueuse laryngée par du chloral anhydre, du nitrate d'argent ou d'autres caustiques, *malaxation* du larynx ou passage d'un tube ou d'un doigt dans le canal laryngien, section de la trachée, simple incision de la peau du cou en avant ou sur les côtés.

(1) *Comptes rendus*, 28 décembre 1882. J'ai annoncé alors que, sous l'influence d'une irritation de la muqueuse du larynx, la sensibilité à la douleur disparaît plus ou moins complètement dans toutes les parties du corps. J'ai donné des preuves que c'est par une influence inhibitoire, exercée par les nerfs laryngés supérieurs sur les centres nerveux, que ce phénomène se produit et que l'on peut à volonté faire qu'il se montre partout, ou presque uniquement dans l'une des moitiés du corps

» 5° Dans les cas relativement très nombreux où l'irritation par section de la peau du cou ne produit pas de l'analgésie partout, on observe presque toujours que la plaie qu'on a faite devient rapidement insensible et que l'analgésie s'étend de là à toute la région cervicale et assez souvent aux épaules et dans l'espace interscapulaire. On sait que c'est au cou que se développe la puissance épileptogène dont j'ai signalé l'apparition, chez quelques animaux après certaines lésions nerveuses. Il est très remarquable que la puissance d'inhibition de la sensibilité aux causes de douleur appartienne au larynx et à la peau du cou et que ces mêmes parties possèdent aussi, comme je l'ai trouvé, une puissance inhibitoire soit de l'attaque d'épilepsie soit de l'affection épileptique elle-même. C'est une section de la peau du cou, dans la zône épileptogène, qui a cette puissance curative de l'affection elle-même.

« 6° Chez les animaux qui ont été soumis à une irritation du larynx, depuis un ou même deux jours et quelquefois plus, toute cause d'irritation locale, sur un membre ou au tronc, y produit de l'analgésie, ou l'entretient si elle y existe déjà. Ainsi, les plaies antérieures à l'analgésie laryngienne ou celles faites pendant ou après sa durée conservent de l'insensibilité jusqu'à leur cicatrisation, c'est-à-dire, quelquefois pendant huit, dix jours ou même plus longtemps.

« 7° L'irritation du larynx produit quelquefois une analgésie absolue, permettant de faire, sans signe de douleur, la section des gros troncs nerveux, une brûlure profonde ou une galvanisation extrêmement énergique. En général, cependant, cette irritation n'a ce degré que dans les parties superficielles du corps. Mais il y a toujours, chez le singe principalement, une analgésie très considérable partout, surtout quinze ou vingt heures après l'irritation du larynx.

« 8° Ce n'est pas seulement la sensibilité tactile qui persiste: le sens musculaire n'est en rien altéré, et les impressions sensitives spéciales qui proviennent des articulations et d'autres parties des membres et du tronc, lorsqu'on les met en mouvement, semblent continuer à être perçues comme à l'état normal.

« II. La difficulté, pour rendre applicables à l'homme les faits que je viens de signaler, est extrêmement grande. Chez le chien et le singe, on ne peut guère réussir d'une manière complète que si l'on ouvre la trachée et si l'on y place un tube de manière à permettre la respiration d'un air pur, pendant

qu'on fait arriver soit de l'acide carbonique, soit des vapeurs de chloroforme sur le larynx. Il importe essentiellement, en effet, que ces deux susbtances ne pénètrent pas dans les poumons, leur entrée dans le sang empêchant l'influence analgésiante des nerfs laryngés de s'exercer sur les centres nerveux. Je n'ai encore trouvé, pour l'application de ces données à l'homme, qu'un procédé insuffisant pour produire tout l'effet désirable. Ce procédé consiste à inhaler de l'air pur pendant les deux tiers ou les trois quarts de chacune des inspirations, et à achever celles-ci en inhalant de l'acide carbonique qui doit être expulsé immédiatement par une expiration. Dans le commencement des efforts d'inhalation d'acide carbonique, la glotte se ferme; mais, au bout de peu de temps, la sensibilité laryngienne est diminuée, et le gaz peut entrer. Bien qu'un effet analgésique se montre quelquefois rapidement, il m'a, en général, fallu continuer l'inhalation de l'acide carbonique, par ce procédé, pendant vingt minutes et quelquefois plus longtemps pour obtenir les trois particularités remarquables que voici : 1° une analgésie presque complète de la peau. mais moindre ailleurs, persistant près de quarante heures; 2° la cessation pendant deux jours de douleurs de causes très diverses; 3° la disparition complète d'un sentiment excessif de fatigue, dans tous les cas où j'étais sous le coup de cette espèce de souffrance.

« De tous les faits que j'ai rapportés, je ne tirerai que cette conclusion, à savoir que, sous l'influence d'une irritation de la muqueuse laryngée, la sensibilité à la douleur peut disparaître ou diminuer, pendant un grand nombre d'heures, chez l'homme comme chez les animaux, sans que l'intelligence, les sens et les mouvements volontaires soient troublés à un degré quelconque. »

PHYSIOLOGIE. — *Nouvelles recherches sur la régénération des nerfs périphériques.* — Note de M. C. VAN LAIR.

« Si l'on étudie le processus régénérateur des nerfs sectionnés sur le sciatique du chien, non pas dans les premiers temps qui suivent l'opération, *mais après un laps de plusieurs années*, on constate que les phases initiales de l'évolution s'accomplissent suivant des règles constantes, mais que les stades ultérieurs sont loin d'offrir la même uniformité.

« Dans tous les cas, en effet, on observe vers l'extrémité du bout central une prolifération de la zone marginale des névri-

cules, une opalescence des fibres axiles, un exorde des fibres nouvelles aboutissant à la formation, autour de chaque névricule en particulier, d'un manchon conjonctivo-nerveux, une fusion plus ou moins complète du névricule avec le manchon, puis enfin au-dessous du point sectionné, le développement d'un *névrome de régénération* aux dépens des fibres nouvelles issues de l'un et de l'autre.

« Mais, à partir du moment où le névrome se trouve définitivement constitué, le processus diverge.

« Tantôt la masse névromateuse reste absolument stérile : elle se prolonge alors purement et simplement jusqu'à une certaine distance du point de section ; puis elle se raréfie et disparaît sans avoir donné naissance à aucune formation névriculaire. Tantôt on voit s'organiser, aux dépens et dans l'intérieur même du névrome, de *véritables névricules*. Cette organisation, qui ne s'achève souvent qu'après une série d'essais infructueux, résulte d'un groupement longitudinal et systématique des fascicules du névrome et d'une maturation graduelle des fibres. Mais ces névricules nouveaux ne tardent pas eux-mêmes à se perdre, soit par une sorte de dispersion latérale, soit par la désagrégration de leurs faisceaux. Tout improductive qu'elle est, cette formation névriculaire n'en offre pas moins un intérêt extrême, car elle met en pleine lumière la puissance *réparatrice* du tissu nerveux périphérique. Il ne s'agit plus ici, en effet, d'une simple production de fibres enchevêtrées, mais d'une véritable organisation de nouveaux névricules aux dépens du lacis névromateux. On constate, en d'autres termes, qu'après une période de diffusion transitoire, le nerf est en état de se reconstituer suivant son type primitif.

« Dans des circonstances plus favorables, lorsque, par exemple, le bout périphérique vient offrir aux névricules nouveaux une voie tracée à l'avance, ceux-ci s'engagent dans le champ épineuriale et se prolongent bien au-delà de la bifurcation du sciatique. Ils côtoient alors les anciens névricules, mais en se groupant en plusieurs systèmes particuliers, tout à fait distincts des formations primitives.

« Lorsque les conditions sont encore plus avantageuses, il se produit en outre, lors de la rencontre avec le bout périphérique, une pénétration des fibres d'origine centrale dans l'intérieur même des névricules périphériques. Et cette fois les fibres nouvelles se prolongent *presque invariablement*

jusqu'à l'extrémité du membre, c'est-à-dire que l'on obtient alors une *révivification* effective et complète des névricules dégénérés.

« Il ne semble pas qu'il s'agisse, dans ces cas, d'une substitution proprement dite des éléments nouveaux aux éléments périphériques dégénérés. Ce serait, en effet, dans les interstices ménagés entre les anciens tubes et non dans les graines de ces tubes que la pénétration aurait lieu. Cette intrusion, au reste, ne s'opère pas toujours de la même façon. Tantôt elle se fait en masse ; tantôt elle n'intéresse primitivement qu'un ou plusieurs segments névriculaires. Par contre, on constate que les éléments nerveux qui s'introduisent ainsi dans les névricules périphériques appartiennent tous ou presque tous à la catégorie des fibres grêles. Chose remarquable, un nombre très restreint de fibres nouvelles suffit pour amener la résurrection d'un bout périphérique tout entier.

« De ce qui précède ressort la démonstration anatomique de la possibilité d'une régénération complète, par le drageonnement central d'un nerf coupé ou réséqué. Il en résulte aussi qu'elle resterait imparfaite, au moins pour les nerfs d'une certaine longueur, si les névricules séparés du centre ne venaient à un moment donné, remplir, vis à vis des fibres centrifuges, l'office de conducteur.

« L'importance des conditions mécaniques dans la régénération des nerfs se manifeste d'une manière non moins évidente quand, après la section, on maintient le bout central du nerf dans une direction récurrente. Il se produit alors deux traînées longitudinales et parallèles dépendant l'une de la branche directe, l'autre de la portion renversée du nerf, mais le fond de l'anse reste absolument stérile, en sorte que, si l'on peut obtenir que les tractus de nouvelle formation se portent tantôt dans le sens centripède, tantôt dans le sens centrifuge, on les verra, d'autre part, se prolonger uniquement dans le sens même de l'*interstice musculaire*, où la résistance est évidemment la moins grande.

« Il n'est pas d'ailleurs que les névricules anciens et l'interstice musculaire qui puissent ainsi servir de guide aux formations nouvelles et en fixer la direction. Les *vaisseaux* eux-mêmes, dans un grand nombre de cas, se montrent entourés d'un manchon plus ou moins complet de tissu fasciculaire qui leur forme une sorte d'adventice nerveuse et qu'ils transportent au loin avec eux.

« Si donc les fibres nerveuses ont le pouvoir de proliférer dans des conditions très diverses, le tissu nerveux, pour se maintenir et s'organiser, semble, lui avoir besoin de tutelle. »

CH. V.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Année 1885

Séance du 17 mars. — *Des altérations dentaires chez les morphinomanes*, par M. COMBES (de Paris). — Chez les personnes qui font abus des injections hypodermiques de morphine, on observe une altération particulière des dents.

Elle attaque d'abord les grosses molaires par leur face triturante et les creuse d'une cavité profonde; elle s'étend ensuite aux bicuspides, aux incisives, et en dernier lieu aux canines, dont l'extrémité conique s'excave en forme de cupule. C'est l'ivoire qui est le siège de l'altération, laquelle est presque indolore, ne s'accompagne pas de périostite et marche avec une extrême rapidité. M. Combes a vu des malades qui n'avaient plus une seule dent intacte un an après le début de la première carie. La destruction des dents coïncide le plus souvent avec la chute des cheveux.

M. Combes conseille pour arrêter ces désordres de les attaquer dans leur cause, en supprimant peu à peu les injections de morphine et en ayant recours à l'hydrothérapie.

Pour l'état local, un soin extrême de la bouche, des lotions fréquentes avec des solutions bicarbonatées sodiques, le carbonate de magnésie comme poudre dentrifice et l'obturation immédiate de toutes les cavités qui se produisent, avec la gutta-percha ou le ciment au pyro-phosphate de zinc.

Séance du 12 mai. — *Intoxication alcoolique. — Actes criminels impulsifs. — Question de médecine légale*, par M. MOTET. — Le nombre des crimes commis sous l'influence de l'intoxication alcoolique augmente tous les jours. Devant le médecin légiste se pose souvent le problème suivant : S'agit-il d'un délire impulsif? Et si, à l'heure où l'on examine

le sujet, il ne reste plus de traces d'intoxication alcoolique, que faut-il faire ?

Voici deux faits récents :

Au mois d'octobre 1883, une femme couverte de sang errait dans l'île Saint-Louis ; on l'arrête et elle finit par désigner son domicile. Là, dans la loge du concierge, sur le lit, on trouve un homme criblé de blessures et à côté de lui une bêche et un rasoir ouvert. Tout démontre que c'est la femme arrêtée qui a commis le crime. Le lendemain seulement elle revient à elle, mais nie énergiquement sa culpabilité.

Pouvait-elle n'avoir conservé aucun souvenir ? Nous avons pris jour par jour son passé et nous y avons retrouvé des preuves manifestes d'intoxication alcoolique. A une certaine époque, elle buvait de huit à dix vers d'absinthe par jour ; la veille du crime elle avait eu une attaque convulsive épileptiforme. A Saint-Lazare, elle a eu des hallucinations de la vue et répétait souvent : « Tout cela c'est comme un rêve ». Aussi rien ne fait douter de sa sincérité.

Ce trouble mental peut-il expliquer l'amnésie ?

Aujourd'hui nous savons qu'il existe des aliénés présentant un délire qui n'est pas continu mais, qui offre des exacerbations violentes. Les épileptiques en sont un type et ne conservent pas le souvenir de leur impulsion. Mais à côté des épileptiques il faut citer aussi les malades victimes de certaines intoxications et en particulier de l'intoxication alcoolique. L'impulsion peut être subite, immédiate, l'acte une vraie convulsion. Quant à la perte du souvenir elle trouve son explication dans les altérations pathologiques occasionnées par l'alcoolisme.

Examinons maintenant le second cas.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans sans antécédents à noter, ouvrier laborieux et travaillant sous l'air comprimé. Dans une nuit il boit outre mesure et ingère une quantité vraiment énorme de liquide. Il sort et sur le trottoir voit un groupe de quatre ou cinq personnes. Alors sans motifs, il se précipite sur elles le couteau à la main et frappe dix-sept coups. Arrêté, il est conduit au poste, s'y endort profondément et le matin à son réveil ne conserve plus aucun souvenir de la lutte de la nuit. Il avait donc agi sous l'influence d'un accès de fureur avec impulsion, accès de fureur alcoolique à l'occasion d'une débauche accidentelle.

Nous devions chercher si dans son passé on pouvait trouver

quelque circonstance capable d'expliquer ce trouble mental passager. Cet homme travaille sous l'air comprimé, or chez les ouvriers qui sont employés aux mêmes travaux, les fonctions de circulation et d'innervation sont atteintes, comme le démontrent les douleurs dans les oreilles, dans les sinus frontaux, etc.; — en outre notre sujet avait eu des sensations de fatigue extrême. Il est donc permis de supposer que sa vie cérébrale n'était pas normale et que son cerveau était particulièrement susceptible de subir l'intoxication alcoolique.

Pouvions-nous le déclarer irresponsable? D'une part il est parfaitement sain d'esprit; de l'autre le laisser libre, c'est nous exposer à le voir tomber dans un nouvel accès de fureur impulsive. Aussi nous nous sommes efforcés de bien faire saisir comment il fallait comprendre cette affaire.

Cet homme est responsable de ses actes devant la justice, mais il faut tenir compte de son état cerébral. C. V.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Année 1885).

Séance du 31 janvier. — *Section des pneumogastriques.* — M. Beaunis. — J'ai fait des expériences assez nombreuses pour savoir quels étaient les résultats de la section des deux pneumogastriques faite à intervalles plus ou moins éloignés. On sait que Schiff avait observé la mort de tous les animaux ainsi opérés, et il y a quelque temps seulement, M. Philippeaux annonçait des résultats tout différents.

Or voici le tableau qui indique ceux de mes expériences personnelles.

Pour les lapins :

77	jours d'intervalle	entre les deux sections.	Survie	40 h.
99	—	—	—	4 h.
97	—	—	—	21 h.
326	—	—	—	12 h.
360	—	—	—	53 h.
360	—	—	—	46 h.
390	—	—	—	26 h.
542	—	—	—	20 h.
Pour les cobayes :				
362		—	—	12 h.

Ainsi, donc, après la seconde section séparée de la première par un intervalle variant entre 77 jours et 1 an 1/2 tous les animaux sont morts.

Ils ont tous présenté des symptômes analogues à ceux que l'on observe quand on sectionne simultanément les deux nerfs ; tout d'abord du cornage, de l'agitation, des accès de suffocation. Les lésions, sont, elles aussi, toujours les mêmes ; un seul point les différencie, c'est qu'elles sont toujours plus étendues, plus avancées, ce qui s'explique facilement car la survie est plus longue. Ainsi dans les sections simultanées des pneumogastriques que j'ai pratiquées, je n'ai jamais observé d'hépatisation grise, je l'ai rencontrée plusieurs fois dans les sections séparées. On ne saurait mettre en cause, pour expliquer la mort dans ces différents cas, l'opération en elle-même, qui ne signifie rien, l'état maladif des animaux qui tous étaient bien portants, ni la non-régénération du premier pneumogastrique sectionné, qui anatomiquement, histologiquement et physiologiquement était réuni : anatomatiquement parce que les deux bouts étaient joints par une nodosité ressemblant à un petit ganglion ; histologiquement parce qu'on ne trouvait pas de fibres dégénérées dans les récurrents ; physiologiquement parce que les cordes vocales n'étaient pas paralysées et que l'excitation du nerf produisait sur le cœur les effets habituels.

En définitive, tout animal à qui on sectionne le second pneumogastrique après la section antérieure du premier, meurt toujours, quoique moins vite que dans la section simultanée.

Séance du 6 février. — *Pneumogastrique et mort.* — M. Bert. — Il y a un mois environ, M. Philippeaux relatait devant la société de biologie quelques expériences, dans lesquelles ayant pratiqué la section simultanée des deux pneumogastriques, il n'avait point vu la mort survenir après la section du second. D'autre part, M. Beaunis dans la dernière séance, venait affirmer preuves en main que toujours il avait vu la mort se produire malgré la régénération anatomique, physiologique et histologique du premier nerf sectionné. Je me rappelle pour ma part avoir observé chez le chien des faits absolument semblables à ceux de M. Philippeaux. Un des animaux, d'une résistance énorme, subit sans mourir la nouvelle section du nerf qui avait été sectionné le premier.

En définitive voilà des faits absolument contradictoires :

de quoi dépendent-ils? M. Philippeaux a expérimenté sur des rats; M. Beaunis sur des lapins et des cobayes ; moi sur des chiens. Est-ce-donc une affaire d'espèce animale? a-t-on coupé le nerf au même endroit? y a-t-il dans le mécanisme de la déglutition une explication à ces résultats si différents. Je crois qu'il y aurait là une série intéressante de recherches à faire.

M. Laborde. — On sait que certains chiens sont très résistants; un des miens ne mourut qu'un mois après la double section des deux pneumogastriques pratiqués au même moment.

M. Ch. Richet. — J'ai vu aussi des chiens résister longtemps à une section double pratiquée dans les mêmes conditions.

M. P. Franck. — Puisque on est sur le terrain des hypothèses peut-être a-t-on le droit de penser que les différents résultats sont dus à une répartition inégale des fibres nerveuses entre le pneumogastrique récurrent et le laryngé supérieur. On pourrait le savoir en faisant des sections simultanées et indépendantes.

Séance du 12 février 1885. — *Cocaïne.* — M. Laborde. — Depuis la première communication que j'ai faite à la Société sur l'action de la cocaïne, bien des travaux ont vu le jour : parmi eux un certain nombre donnent des résultats expérimentaux qui sont opposés aux miens. C'est surtout l'action anesthésiante générale de la cocaïne qui a été niée ; or il n'est pas possible d'être aveugle à ce point. Voici un cobaye à qui j'ai pratiqué hier un injection de dix centigrammes de cocaïne; il est absolument anesthésique ; seuls comme je l'ai dit, les réflexes persistent. Il en est de même pour la grenouille et le chien. Au reste il est évident que cette action n'empêche point l'action locale anesthésique de la cocaïne, non plus qu'elle implique nécessairement l'assimilation de cette substance avec les anesthésiques généraux se réduisant en vapeur (éther, chloroforme). C. Bernard a depuis longtemps établi la différence qui existe entre ces deux sortes d'anesthésiques.

Séance du 1er mars. — *Section nerveuse et trophicité.* — M. Brown-Sequard. — J'ai soutenu autrefois que les troubles trophiques qui se manifestaient après les maladies du système nerveux ou les lésions expérimentales de cet appareil étaient dues, non pas au défaut d'action nerveuse, mais bien

à l'irritation seule. M. Charcot avait adopté mon opinion, résumée dans les deux proportions suivantes :

1° Le défaut d'action du système nerveux ne paraît pas avoir d'influence directe immédiate sur la nutrition des parties périphériques; 2° l'excitation morbide, l'irritation des nerfs ou des centres sont de nature, sous de certaines conditions, à provoquer à distance des troubles trophiques.

Comme corollaire à cette opinion, j'avais annoncé ce fait que toute section simple d'un nerf n'était jamais suivie de trouble trophique.

Eh bien! si je persiste à maintenir mon opinion d'autrefois, il faut au moins que je reconnaisse que le dernier fait est faux. Il est certain qu'une section nerveuse simple est suivie de troubles trophiques; cela n'implique nullement que l'interprétation que j'ai donnée de ces troubles soit fausse. En effet le microscope a démontré aujourd'hui que, même dans les cas de section simple il y avait toujours lésion irritative, et que du reste bien souvent des agents extérieurs ont dans leur production une grande importance; tels le frottement, le contact des matières fécales, de l'urine, etc. En sorte que si je me suis trompé en affirmant que la section nerveuse ne déterminait d'autre atrophie que celle due au repos, j'ai eu raison de dire qu'il fallait pour produire des troubles tropiques une lésion irritative nerveuse. Quant au traumatisme, il a, je le répète, une action importante. Chacun connaît fort bien les lésions qui surviennent dans la patte du cobaye dont on a sectionné le sciatique; elle devient volumineuse, fongueuse et saignante. Eh bien! ces résultats sont dus à ce que cette opération rend le cobaye épileptique et que dans ses crises il se mange véritablement la patte. Si l'on pratique secondairement une section latérale de la moelle à la région dorsale pour mettre l'animal dans l'impossibilité de porter les doigts de la patte en expérience à la bouche, ces lésions ne se produisent plus; il ne reste que quelques altérations nutritives bien moins importantes. De même, grâce à cette section de la moelle, peut se faire en peu de temps la cicatrisation régulière d'une plaie d'amputation de cuisse dont on a sectionné cependant le sciatique. Si au contraire le cobaye peut encore porter la patte à la bouche, il ronge sa plaie qui ne se cicatrise pas. M. Brown-Sequard, montre plusieurs animaux à qui il a pratiqué des expériences dont les résultats concordent avec les faits qu'il annonce.

Le boldo. — M. Laborde. — Le boldo est une plante qui croît en abondance en Bolivie : elle y est beaucoup employée, empiriquement sous formes d'extrait ou d'infusion de feuilles. Jusqu'à ce jour, elle n'a pour ainsi dire pas été étudiée en France. En 1874, M. Dujardin-Beaumetz, ayant institué quelques expériences, remarqua seulement qu'elle agissait sur l'appareil urinaire et rendait les animaux somnolents. La même année, M. Vergue fit sur le boldo une monographie : il se servit dans ses expériences de l'alcaloïde, extrait par M. Bourgurin; il n'annonça du reste, que peu de faits nouveaux. Il y a un an, M. Chapoteau put extraire des feuilles de boldo une substance complètement débarrassée de l'alcaloïde, qui du reste existe en très petite quantité dans les feuilles de ce végétal. C'est avec cette substance que j'ai fait sur différents animaux quelques expériences dont le résultat a été à peu près constant. C'est un liquide orange, jaunâtre, dégageant une odeur de thymol indiquant suffisamment la présence d'une essence.

Quand on injecte 25 centigrammes de cette substance à un cobaye, il ne tarde pas à tomber dans l'affaissement : il est dans un état de mort apparente; au bout de quelques heures il se réveille, mange et recouvre son état ordinaire : il présente cependant pendant un certain temps un peu d'incoordination motrice : on dirait qu'il est ivre. Chez le lapin, les résultats sont les mêmes, mais le sommeil est moins profond, car cet animal est, de tous, le plus difficile à endormir ; en revanche, il est dans un état d'ébriété plus manifeste que le cobaye quand les premiers effets du poison ont disparu.

Chez le chien les phénomènes hypnotiques sont très remarquables, deux ou trois grammes chez un petit chien déterminent rapidement la somnolence : l'animal titube, se couche et s'endort : ni le bruit ni les cris ne le réveillent ; c'est seulement deux ou trois heures après qu'il sort du sommeil, et de suite mange sa pâtée comme s'il n'avait subi l'action d'aucun toxique.

Hypnotisation, tel est, en définitive, le résultat constant de toutes ces expériences. Si, on augmente la dose, l'animal s'endort pour ainsi dire d'un sommeil définitif; c'est-à-dire qu'il meurt au milieu de son sommeil, calme, tranquille, sans convulsions; il s'éteint en dormant et la respiration s'arrête la première sans aucune réaction, convulsion ni contracture. A côté de tous ces faits doivent être rangés des résultats pour

ainsi dire accessoires dans l'expérience : la disparition de l'ouïe, l'excitation manifeste des différentes sécrétions, biliaire, urinaire, etc.; la perte de sensibilité locale, comme par une sorte de cocaïnisation.

En définitive, il s'agit là, comme on le voit, d'une substance hypnotique, très peu toxique, caractère qu'elle doit vraisemblablement à l'absence d'alcaloïde. Peut-être son action pourra-t-elle être de quelque utilité dans l'étude du sommeil. C'est effectivement par son action sur la sphère cérébrale qu'elle détermine le sommeil; la preuve en est qu'elle ne produit plus ces phénomènes si remarquables chez la grenouille, par exemple, si on lui enlève préalablement le cerveau; son action sur le bulbe est secondaire; c'est probablement par l'extension de ses effets à cet organe qu'elle détermine la mort; mais elle agit tout d'abord sur l'écorce cérébrale.

Séance du 7 mars. — *Racines postérieures et arthropathies.*— MM. Bochefontaine et Lombroso font une communication sur les résultats de la section des racines postérieures des nerfs rachidiens. L'opération fut pratiquée chez un chien au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires: c'était au mois de juin. Il apparut à la suite de la section une paraplégie complète et quelque temps après un épanchement se fit dans l'articulation moyenne du membre antérieur droit; le tissu cellulaire périarticulaire était lui-même œdématié.

C'est au mois d'août, c'est-à-dire trois mois après la section que fut pratiquée l'autopsie.

Une assez grande quantité de sérosité existait dans l'articulation.

Consécutivement à la section des racines, des lésions médullaires dégénératives s'étaient développées au niveau des cordons postérieurs de la moelle.

Les auteurs pensent que l'on peut comparer cette maladie articulaire expérimentale aux arthropathies qui se développent chez les tabétiques.

M. Laborde croit qu'il faut être prudent dans l'interprétation de ces phénomènes. En effet, il est deux points dans l'observation de M. Bochefontaine qui semblent diminuer un peu la valeur de son interprétation. Comment s'expliquer en effet que seules les racines postérieures ont été sectionnées puis l'animal est devenu paraplégique ce qui ne concorderait guère qu'avec la cessation d'action des parties motrices de la

moelle ou des racines antérieures? D'autre part, est-il absolument légitime de comparer aux arthropathies tabétiques la lésion expérimentale du coude observée chez le chien? Il n'y avait que de la sérosité dans l'articulation; on sait que les arthropathies des ataxiques sont tout autres.

M. Bochefontaine. — Je me suis contenté de rapporter le fait observé par M. Lombroso et moi, et, sans rien avoir voulu affirmer, je crois cependant qu'on peut songer par comparaison, aux lésions tabétiques articulaires.

M. P. Bert, croit qu'ordinairement la section des racines postérieures n'amène pas de lésion consécutive du côté de la moelle.

Séance du 14 mars. — *Cocaïne et inhibition.* — M. Brown-Séquard. — Je me suis demandé, connaissant les résultats expérimentaux de l'action de la cocaïne, si cette action anesthésiante qu'elle possède avait un caractère purement local, ou si elle n'était pas due à une irritation capable de déterminer sur le système nerveux des phénomènes inhibitoires. On sait ce qui se passe au niveau des plaies pratiquées sur un animal quand on irrite le larynx : tous deviennent anesthésiques, et ce phénomène est constant, qu'on emploie pour cette irritation l'acide carbonique, le chloroforme ou la galvanisation.

Il est cependant une condition essentielle à la production de ce phénomène d'anesthésie : il faut que les plaies précèdent l'irritation laryngée; celles que l'on pratique au moment même de cette irritation ou après, non seulement restent douloureuses, mais deviennent hypéralgésiques.

Tout le monde connaît aujourd'hui ces faits d'inhibition : sur moi-même j'ai pu, par une excitation modérée de la muqueuse laryngée, arriver à calmer des fatigues corporelles énormes et à faire disparaître des douleurs rhumatismales dont je souffre depuis longtemps. Cela étant connu, le moyen de savoir comment agit la cocaïne était bien simple : ou elle se conduirait comme toutes les substances que j'avais déjà employées pour l'irritation de la muqueuse laryngée, et dès lors elle n'aurait qu'un rôle inhibitoire : ou elle se conduirait autrement, et alors elle agirait par une véritable action anesthésiante locale. Eh bien ! c'est bien par inhibition qu'elle produit ses effets. Je pratique à un animal une injection de chlorhydrate de cocaïne le long du laryngé supérieur, presque dans la muqueuse du larynx. Toutes les plaies faites la veille

sont analgésiques : on tiraille même le sciatique, il n'est pas douloureux. Autour de chaque plaie existe une zone analgésique qui s'éteint en mourant à mesure qu'on s'éloigne de la plaie comme centre : *zone de surfaces;* de même autour de chacun existe une analgésie décroissante en profondeur : *zone de profondeur*; au contraire toutes les plaies pratiquées après l'injection sont hypéralgésiées. Comment admettre après cela l'action anesthésique pure de la cocaïne, puisqu'on peut avec elle produire au contraire des phénomènes hypéresthésiques, et comment ne pas voir l'analogie complète qui existe entre les résultats qu'elle produit et ceux que j'ai signalés pour toute cause d'irritation du larynx? J'ajoute comme dernier argument que, pour la cocaïne comme pour l'acide carbonique, le chloroforme, etc., si on pousse trop haut les doses de l'injection, la toxicité même de la substance empêche les phénomènes anesthésiques de se produire. Inhibition de part et d'autre et rien qu'inhibition.

Dans le cours de ces recherches j'ai du reste constaté quelques résultats expérimentaux accessoires, que je signale en dehors du point principal de ma communication; tels l'élévation de la température après la mort; quand le poison produit des convulsions, la disparition des convulsions par la flexion brusque d'une des articulations du membre inférieur (inhibition); les symptômes de manège, de roulement, de tournoiement, qui se produisent après l'injection sous-cutanée du côté correspondant et qui sont les analogues de ceux qu'on observe dans les cas d'irritation latérale du bulbe et de la moelle épinière; la contraction pupillaire du côté correspondant, et, comme conclusion de tout cela, l'action probable de la cocaïne sur le cervelet d'abord et le grand sympathique ensuite.

Séance du 21 mars. — *Durée d'excitabilité des nerfs.* M. Brown-Sequard. — Dans la précédente séance, M. F. Frank a présenté à la Société un travail de M. Louis Sicard, de Lyon, portant comme conclusions :

1° Que le refroidissement du corps provoqué par la section de la moelle prolonge la durée d'excitabilité du nerf moteur ;

2° Que plus le refroidissement est accentué, plus la prolongation de l'excitabilité du nerf moteur est sensible.

J'ai dit alors, en quelques mots, à quelles causes j'attribuais l'abaissement thermique : arrêt des échanges ; repos de l'animal ; modifications dynamogéniques. L'arrêt des échanges

est certes la plus importante, et il y a déjà longtemps que j'ai montré que les nerfs moteurs, privés de circulation dans une grande partie de leur longueur, peuvent, si on les irrite, continuer à agir sur les muscles tout comme s'ils n'avaient rien perdu. Quand ils ne possèdent plus cette excitabilité, ce n'est pas parce qu'il manque du sang au nerf; ce qui fait défaut, c'est, pour ainsi dire, l'intermédiaire entre la terminaison du nerf et le muscle. Ce sont ces différents points de physiologie sur lesquels M. Vulpian est revenu dans ses études sur le curare.

Au reste, l'étude de la puissance des nerfs est tout à faire, et c'est sur ce point que je veux surtout attirer l'attention de la Société. La durée d'excitabilité des nerfs peut varier infiniment, suivant une foule de circonstances. Pour un même animal on la voit varier entre cinq minutes et cinq heures. Quelquefois même, elle disparaît tout d'un coup, fait rare et que je laisserai de côté, car il est plutôt dû à une action chimique quelconque qu'à l'absence de nutrition. L'élément dont il faut tenir le plus grand compte dans ces différences de durée d'excitabilité, c'est assurément l'arrêt des échanges; c'est lui qui est la cause immédiate et directe de la prolongation d'excitabilité. Ce sont du reste les mêmes lésions qui produisent les arrêts des échanges qui produisent aussi cette durée si longue de l'excitabilité des nerfs, écrasement de la moelle lombaire, section de la moitié latérale de la base de l'encéphale, etc. Il en est des nerfs et des muscles comme des centres nerveux eux-mêmes; ils peuvent, à la suite d'irritation de certains points du système nerveux, acquérir une excitabilité beaucoup plus considérable et beaucoup plus longue. Pour les muscles, par exemple, on peut voir, après les expériences que je signale, les attaches costales du diaphragme (lapins, etc.) subir, avant la rigidité musculaire cadavérique, des changements de tonicité, des modifications dans l'état de contraction qui tiraillent et déplacent les points osseux sur lesquels elles prennent insertion.

De même que ces phénomènes dynamogéniques peuvent se montrer, de même on peut voir au contraire des phénomènes inhibitoires ; centres nerveux, nerfs périphériques et muscles sont soumis à ces deux grandes lois des appareils de la vie de relation : dynamogénie, inhibition.

M. Laborde: J'ai observé aussi: cet état de contraction musculaire du diaphragme avant la rigidité cadavérique.

Elle a même quelque chose de bien spécial : elle est rhythmique ; on dirait un véritable cœur qui bat. Les influences sous lesquelles apparaissent ces contractions se produisent spontanément, et si elles s'arrêtent, on peut les rappeler par une simple chiquenaude sur le muscle.

M. Brown-Sequard. Il y a longtemps que j'ai parlé des cas dont fait mention M. Laborde ; j'ai même montré que ces contractions musculaires étaient indépendantes des centres nerveux. M. Vulpian les a étudiés après moi. M. Rouget les a constatés mais non sous forme de contractions rythmiques. Depuis, MM. Ranvier et Richet ont porté leur attention sur ces points intéressants. La plupart du temps c'est après une opération sur le système nerveux que s'opèrent ces contractions ; c'est à peu près tout ce que l'on sait sur leur cause ; il faut aussi n'avoir au préalable irrité ni le phrénique, ni le diaphragme. Cela étant donné, elles se manifestent pour ainsi dire, si elles veulent ; on ne peut pas les produire. Au reste, il ne faut pas croire qu'elles appartiennent en propre au diaphragme ; on peut les constater sur tous les muscles du chien ou du lapin. J'ai vu un cas manifeste sur le faisceau qui, chez le chien, redresse le fourreau du pénis.

Séance du 28 mars. — *Importance pratique des phénomènes inhibitoires.* — M. Brown-Séquard. — Je veux aujourd'hui tirer quelques conclusions pratiques des nombreux faits dont j'ai récemment entretenu la Société. Quand on ouvre les différents traités de thérapeutique, on y apprend que tous les médicaments agissent en modifiant la circulation sanguine, qu'ils agissent sur le cœur ou les vaisseaux. C'est moi qui, le premier, ai parlé effectivement de cette contracture vasculaire réflexe, et je dois reconnaître que c'était-là l'enfance de l'art. Si on applique du chloral anhydre sur la peau, on a rapidement des effets violents, énergiques, autrement importants que ceux qui dépendent de la contraotion des vaisseaux sanguins. Oui, il y a une dilatation des vaisseaux du côté correspondant ; mais il y a aussi une contraction de ceux du côté opposé, sans compter que tous les muscles striés du corps se comportent comme les muscles lisses et qu'ils subissent des modifications analogues dans leur tonicité.

Il est impossible d'irriter une partie quelconque de l'organisme sans établir de suite des modifications dans l'activité motrice et sensitive des nerfs ; il y a trouble de l'équilibre de la puissance de l'organisme sous l'influence de toute irrita-

tion périphérique ; en appliquant de la moutarde sur le thorax, le nerf phrénique devient prodigieusement excitable du côté correspondant et perd du côté opposé presque toute sa puissance. N'est-ce pas là un moyen thérapeutique de haute valeur ? On parlera peut-être de de douleur, et on lui attribuera le mérite de toute l'action. Il n'en est rien. Qui ne sait que les vers intestinaux, affection parasitaire n'occasionnant aucun phénomène douloureux, peut devenir l'origine de chorée, d'épilepsie symptomatiques ! Qui ne sait qu'on fait disparaître les souffrances de la névralgie intercostale en noircissant seulement la peau a l'aide d'une solution étendue de nitrate d'argent ? Je me rappelle avoir constaté autrefois, dans un service de chirurgie, que les hydarthroses cautérisées brutalement, profondément, à l'aide du cautère actuel, guérissaient bien moins vite que celles que l'on traitait à l'aide d'une petite pointe rougie à blanc, superficiellement, sans ulcération ni douleur.

Tout n'est qu'inhibition ou dynamogénie, et cela pour les nerfs moteurs comme pour les nerfs sensitifs. La question est difficile pour les premiers, car il est deux points auxquels il faut ajouter une grande importance et qui troublent les données du problème : c'est d'abord l'état contractural du muscle, et ensuite la distinction qu'il faut établir entre la dynamogénie de puissance et la dynamogénie de durée. L'une peut faire défaut au profit de l'autre, comme je l'ai vu souvent. Il y a du reste, dans la production de ces phénomènes, autre chose qu'une question de degré d'irritation ; la qualité de la substance irritante employée entre pour beaucoup dans les résultats. L'acide prussique, la digitaline, le chloral anhydre, le chloroforme sont au premier rang. Mieux encore agissent certains traumatismes du système nerveux : la section du sciatique, la section de la moelle épinière (région cervicale), la section du bulbe.

M. Dumontpallier. — Thérapeutiquement tous les faits avancés par M. Brown-Séquard sont fort importants. On sait qu'il suffit, pour faire disparaître une névralgie intercostale, d'irriter les points similaires du côté opposé ; on sait aussi que Malgaigne disait guérir les névralgies sciatiques en cautérisant l'hélix. Notre première respiration n'est-elle pas un réflexe dont le point de départ est la peau ? et notre seconde un autre réflexe dont le point de départ est la muqueuse bronchique ?

Séance du 25 avril. — *Rapports entre l'excitation intellectuelle et la force dynamométrique.* — M. Féré. — J'ai pu reproduire sur le sujet sain, sur moi-même en particulier, une partie des expériences faites primitivement sur des hypnotiques et dont je vous ai communiqué les résultats au cours de précédentes séances. L'état de mes forces pris au dynamomètre, au moment du réveil, est de 55 k. pour la main droite, de 45 pour la main gauche. Après un travail intellectuel modéré, je donne 70 et 65 k. Une émotion vive augmente mes forces et les porte à 70 ou 80.

Après un travail intellectuel forcé, je constate chez moi un abaissement notable de ma force dynamométrique ; le chiffre obtenu est de 40 k. *pour les deux mains* ; il y a donc tendance à l'équilibration en même temps qu'affaiblissement. Quelques mouvements passifs font remonter mes forces à 60 kilos ; ils me rendent donc plus d'un tiers de ma force, mais cette amélioration ne dure que quelques instants. Tels sont les résultats que m'ont fournis mes expériences sur la fatigue intellectuelle ; voici ce que j'ai observé au sujet de la fatigue musculaire. Trois cents efforts consécutifs de pression au dynamomètre ont diminué ma force d'une quantité insignifiante. J'ai cessé cette manœuvre lorsque la douleur occasionnée par la pression répétée est devenue insupportable, et les derniers efforts se sont chiffrés par un nombre de kilos sensiblement égal à celui des premiers efforts. La main du côté opposé donnait après cet exercice un peu plus qu'au commencement de l'expérience. Ainsi, la fatigue d'un côté du corps, loin de diminuer la force du côté opposé, l'augmenterait au contraire. Ce fait me paraît devoir être rapproché de ce que je vous ai signalé à propos des hypnotiques.

Chez les hypnotiques on peut, en fatiguant ou en paralysant un membre, déterminer l'aphasie motrice. Ne pourrait-on pas rapprocher ce fait de cet autre bien connu, à savoir que le geste favorise singulièrement l'élocution, et si nous sommes habitués à parler avec le cerveau gauche, n'est-ce pas grâce à l'habitude prise dès la première enfance de gesticuler avec le bras droit ?

M. Brown-Séquard, rapproche des faits signalés par M. Féré les phénomènes de suggestion mentale par le geste.

M. Bloch. Ne pourrait-on pas interpréter les faits observés par M. Feré en en mettant une bonne part sur le compte de

l'action musculaire pure et simple, sans donner une aussi grande part qu'il semble le faire aux centres nerveux ?

M. FÉRÉ. Il est très vraisemblable que l'état du muscle doit jouer un rôle considérable, mais il ne suffit pas à expliquer les phénomènes bilatéraux à la suite d'une action musculaire unilatérale.

Séance du 2 mai. — *Cas d'allochirie.* — M. BROWN-SÉQUARD. — Je tiens à attirer l'attention de la société sur deux observations qu'il m'a été donné de recueillir récemment, et où l'on observait le phénomène de transposition des sensations. Dans le premier cas il s'agissait d'une hémisection de la moelle par un coup de couteau ; dans l'autre, d'une compression d'une moitié de la moelle par une tumeur syphilitique : dans l'un et l'autre cas, il y avait hémianesthésie ; tout contact d'un point insensible, amenait au point correspondant du côté sain une sensation, ne différant de ce qu'elle devait être que par l'erreur de lieu.

Une observation de M. David Ferrier relate le même fait, se produisant à la face.

Donner actuellement une interprétation définitive de ces faits de transport me semble chose impossible, mais il est une explication qui satisfait provisoirement aux faits actuellement connus, c'est la suivante : les deux moitiés de la moelle sont en communication par des fibres commissurales ; peut-être est-ce par cette voie que se font les transpositions des sensations perçues.

Étude sur la force dynamométrique. — M. CH. FÉRÉ. — J'ai poursuivi mes recherches sur la force dynamométrique, en m'appliquant cette fois-ci à en étudier les modifications sous l'influence des excitations des sens. J'ai tout d'abord observé, sur des hypnotiques, qu'une hallucination provoquée de l'ouïe par exemple, pouvait augmenter la force dynamométrique de plus du double. Aux excitations unilatérales correspond une augmention de forces également unilatérale.

Chez le sujet jeune, les résultats obtenus, pour être moins accusés, n'en sont pas moins parfaitement identiques et de la plus grande netteté. Le souvenir même qui n'est que le rappel d'une sensation antérieure, se traduit par une augmentation du potentiel, et ce fait n'est pas sans importance au point de vue des déductions psychologiques qu'on en peut tirer.

Au cours de mes expériences un fait avait paru venir à l'en-

contre de cette loi générale d'exagération des forces par les sensations. A la suite d'hallucinations désagréables un sujet hypnotique avait eu une diminution notable dans l'état de ses forces. J'ai essayé de reproduire sur moi-même le même phénomène ; je me suis barbouillé le pharynx avec une solution de sulfate de quinine ; l'impression ressentie a été particulièrement désagréable, et cependant j'ai constaté chez moi une augmentation de forces. Tout le monde sait, d'ailleurs, quelle surexcitation produisent certains bruits peu agréables, celui de la fusillade entre autres.

Mais on sait, d'autre part, que certains morceaux de musique ont une influence dépressive, tandis que d'autres sont, au contraire, excitants au premier chef.

Séance du 9 mai. — *Quelques expériences sur un supplicié.* — M. Laborde, ayant pris possession du corps du supplicié Gamahut 25 minutes après la décapitation, a successivement étudié sur lui l'état de la pupille, l'excitation cérébrale, l'excitation du bulbe et de la moelle,

Les pupilles étaient abaissées ; la cornée fraîche encore et d'apparence toute vivante ; la pupille en mydriase, En ouvrant les paupières on a pu voir la pupille se contracter, sous l'influence de la lumière, une première, puis une deuxième fois. Aussitôt après le contact de l'air, la cornée devint opalescente,

Ce fait de la contraction du muscle pupillaire est connu depuis longtemps ; ce qu'il y a d'important c'est la sensibilité de la rétine suffisante pour produire le réflexe 25 minutes *post mortem*.

L'excitation du cerveau a été faite au moyen de tubes métalliques électriques ; on peut admettre qu'ayant dépassé la couche grise corticale, ils ont pénétré à un centimètre environ dans la substance blanche sous-jacente. Trois fois, répondant à trois excitations, la paupière s'est soulevée ; la mâchoire inférieure a présenté pendant trois minutes des mouvements d'élévation à chaque excitation.

Par l'excitation du bulbe et de la moelle on n'est arrivé à aucun résultat ; peut-être était-il trop tard.

M. Laborde interprète en quelques mots ces phénomènes : il s'étonne que du sein d'une société savante soient déjà parties des critiques contre des résultats que personne ne connaissait puisqu'il ne les avait pas publiés. Ils démontrent, ces faits,

qu'en dehors de la circulation, le cerveau est excitable quelque temps après la mort. M. Vulpian dit : « quand l'hémorrhagie mortelle a cessé, il n'y a plus d'excitation possible du cerveau. » C'est une erreur. Il est faux de dire que si, par l'excitation, on obtient alors quelque chose, c'est que le courant va exercer son action presque sur le muscle lui-même. Pourquoi donc alors l'excitabilité du cerveau dure-t-elle si peu de temps quand on sait que l'excitabilité musculaire directe dure un temps énorme après la mort ?

Ce qu'il faut dire, c'est ceci : « quand le cerveau n'est plus excitable, ce n'est pas parce qu'il n'a plus de sang, c'est parce que la survie de *puissance latente* qui existe pendant un moment dans le cerveau a disparu. »

Séance du 30 mai. — *Trijumeau et troubles nutritifs de la cornée.* — M. PONCET rappelle les troubles qui surviennent sur la cornée dans certains cas de lésion du trijumeau si on ne prend pas le soin préalable de fermer les paupières de l'animal en expérience. Le cas d'un malade récemment observé lui permet de répondre à quelques objections posées autrefois par MM. Duval et Laborde sur la possibilité d'altérations concomitantes des membranes de l'œil.

Il s'agit d'un officier qui, après avoir été soumis à des intempéries saisonnières, et en tout cas très alcoolique sinon syphilitique, fut atteint d'une névralgie intense du trijumeau gauche, à la suite de laquelle il eut une anesthésie totale du côté correspondant de la face. L'œil devint rouge, la cornée perdit son poli; il y eut de l'hypopion. Le tout guérit aprés une paracentèse de la chambre antérieure.

M. Poncet compare ce cas à la section expérimentale du trijumeau, et comme il n'a jamais constaté chez son officier alcoolique de douleurs profondes avec irradiation circumorbitaire, comme la sensibilité rétinienne a toujours été conservée, il conclut que ni la choroïde ni aucune membrane profonde de l'œil n'ont été altérées.

De l'excitabilité cérébrale. — M. LABORDE rappelle les résultats de ses expériences sur la tête du dernier supplicié; il revient aussi sur les attaques qu'on a dirigées sur ses conclusions avant de les connaitre. Singulière façon de contredire que celle de répondre à ce qu'on n'a pas encore entendu.

Quoi qu'il en soit, M. Laborde a répété sur les mammifères des expériences qui corroborent les résultats antérieurs

et confirment la loi posée il y a déjà trente ans par son illustre maître, M. Brown-Sequard.

Il y a deux choses à considérer dans les expériences sur les décapités, hommes ou bêtes : 1° ce qui appartient à la décapitation ; 2° ce qui appartient à l'hémorrhagie. Or, qu'on décapite (1re *question*) des chiens, des lapins, des chats, toujours un résultat constant s'observe ; pendant 25 ou 30 minutes, l'excitabilité cérébrale persiste et disparait après ce temps, quelle que soit l'intensité du courant employé ; qu'on tue l'animal par hémorrhagie (2e *question*) en lui arrachant le cœur par exemple, les phénomènes sont approximativement les mêmes. Mais ici il faut distinguer : s'agit-il d'une hémorrhagie rapide, l'excitabilité persiste longtemps ; elle persiste même pour la substance grise parfaitement isolée, pendant six ou sept minutes ; s'agit-il au contraire d'une expérience longue, d'une hémorrhagie lente, pendant laquelle apparaissent des phénomènes asphyxiques, il ne persiste plus aucune excitabilité de la substance grise, et celle de la blanche dure très peu longtemps.

M. Vulpian, qui, dans une *expérience unique*, a constaté aussi des résultats à peu près semblables aux miens, les attribue à une propagation physique du courant de proche en proche. Mais deux objections détruisent pareille hypothèse. Pourquoi donc une demi-heure après la mort aucune excitation cérébrale ne peut-elle déterminer des mouvements, quand on sait que le muscle, lui, garde cette excitabilité très longtemps ? Si c'est pure affaire de propagation physique de courant, pourquoi l'excitabilité cérébrale ne meurt-elle pas aussi tard que celle du muscle ?

Enfin il est une loi qu'il faut savoir, c'est que le courant ne dérive pas en profondeur, mais en surface, ce qui est en opposition avec la théorie de M. Vulpian.

Séance du 6 juin. — *Aphasie et hémiplégie gauche.* — M. Ch. Féré. J'ai observé dernièrement un cas d'aphasie coïncidant avec une hémiplégie gauche : il s'agissait d'un cas de logoplégie simple, sans agraphie. Le malade écrivait fort bien de la main droite ce qu'il ne pouvait pas dire. Ce fait, qui paraît en contradiction avec la loi de Broca, ne fait au contraire que la confirmer. En effet cet homme est gaucher. C'est sa main gauche qu'il employait à tous les usages de la vie ordinaire ; même hémiplégique de ce côté, il développait au dynamomètre la même force qu'à droite, mais on n'avait obtenu cela

de lui qu'au moyen d'une longue patience, aidée d'une sévérité prolongée.

Il s'agit donc là d'un fait qui corrobore la théorie et l'explication de Broca.

Séance du 20 juin. — *Circulation veineuse encéphalique.* — M. F. Franck. On connaît quelles sont les conditions de la circulation veineuse encéphalique.

C'est d'abord la *vis à tergo*, très atténuée ici ; ensuite la poussée artérielle latérale, qui s'exerce par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien.

Cette double influence de la circulation artérielle explique suffisamment le phénomène connu depuis longtemps sous le nom de *pouls des sinus*.

Deux autres causes viennent s'ajouter aux précédentes pour favoriser la circulation veineuse cérébrale ; ce sont :

1° L'aspiration auriculaire, opération puissante s'exerçant par l'intermédiaire des gros vaisseaux veineux béants du cou.

2° L'aspiration thoracique.

A priori il semblait évident qu'il dût y avoir une pression peu considérable dans ce système veineux intermédiaire entre une force propulsive si faible (poussée artérielle) et une force attractive si forte (aspiration). Et pourtant M. Mosso avait trouvé que cette pression équivalait à 11, 12, 14, 15 centimètres de mercure, chiffre énorme qui avait tout lieu d'étonner. D'abord ce n'est pas dans le sinus longitudinal du chien qui n'a ni fixité ni tension qu'il faut opérer, et M. Mosso a eu tort de le choisir ; il faut prendre le point de réunion des sinus longitudinal supérieur et latéral, c'est-à-dire le pressoir d'Hérophile. Or, on peut ainsi constater que la pression intra-veineuse des sinus cérébraux, peu variable du reste, oscille entre 7 ou 8 millimètres de mercure, quantité infime à côté de celle indiquée par M. Mosso. Il n'est que deux conditions qui font varier sensiblement cette pression. Ce sont d'abord les efforts considérables, pendant lesquels, à la suite de cet accroissement de pression, il est facile de concevoir de quel petit afflux de sang artériel jouit à ce moment le cerveau. Ce sont ensuite ces attitudes anomales, habituelles aux bateleurs, et qui consistent à placer la tête en bas.

Dans ces deux états la pression augmente notablement.

Comme application clinique de ces phénomènes de physiologie circulatoire, on s'explique l'influence que la circulation artérielle peut avoir sur la pression intra-veineuse des sinus,

soit directement, soit indirectement, par la *poussée latérale*. Il suffit de citer l'athérome et l'insuffisance aortique.

Observations sur un supplicié. — M. G. POUCHET présente une note de M. Wertheimer, relatant quelques expériences faites par lui sur le corps d'un supplicié. Il étudie successivement le réflexe laryngé de Rosenthal, les effets de l'excitation du grand sympathique, l'action encore discutée de quelques muscles de l'avant-bras, carré pronateur, long supinateur, pour lesquels il arrive du reste à cette conclusion que Duchenne (de Boulogne) a très exactement spécifié les fonctions de chacun de ces muscles.

Séance du 27 juin. — *Équivalents moteurs des sensations.* — M. CH. FÉRÉ, continuant ses recherches sur la dynamogénie des excitations sensorielles, a étudié l'influence, sur l'effort prolongé, non pas seulement d'un son unique, monotone, mais bien de sons combinés. Il a obtenu ainsi des traces de contraction prolongée, dont la ligne d'ascension est séparée de la ligne de chute par un espace beaucoup plus considérable que dans un effort continu, fait par le sujet en dehors de toute excitation sensorielle.

Pour la vue, il y a deux groupes de substances dynamogènes : l'un, le plus puissant, comprend le rouge, l'orangé, le vert; l'autre, le moins puissant, le bleu, le jaune, le violet.

Cette puissance dynamogène variable se constate, soit qu'on essaie de déterminer la différence de hauteur d'ascension des pressions correspondant à chaque couleur, soit qu'on étudie la durée de l'effort soutenu sous l'influence de chacune d'elles.

Les substances odorantes sont susceptibles, elles aussi, d'exagérer la puissance de l'effort soutenu : il y a une gamme des odeurs, comme une gamme des couleurs.

Intoxication par le chloroforme. — M. R. DUBOIS signale quelques symptômes de l'intoxication chronique par le chloroforme; ce sont, pour lui, comme pour M. Regnault : 1° l'insomnie; 2° des douleurs à forme névralgique ou rhumatismale; elles siègent dans les articulations, les muscles, les nerfs, les os. Quant à l'insomnie, elle est précédée d'une période d'agitation, de rougeur de la face, de somnolence et d'asthénopie accomodative; tout travail cérébral est impossible; un besoin irrésistible de changer de place se manifeste, l'esprit est encombré d'idées sans suite; des soubresauts, des secousses s'opposent au sommeil, dès que celui-ci

commence à se manifester; les membres sont tout ou partie engourdis, souvent froids, le sens musculaire est aboli. Ces accidents, comparables à ceux qu'on éprouve après un exercice physique violent et longtemps prolongé (paresse physique et intellectuelle, courbature) durent jusque vers 3 ou 4 heures du matin. Plus tard apparaissent des troubles trophiques du côté des orteils et des pieds (mollesse des ongles, durillons, etc.), le tout accompagné d'amaigrissement, de pâleur, de troubles cardiaques et circulatoires.

Enfin, au bout de trois ans de cette intoxication chronique, se manifestent des douleurs en ceinture, de la cardialgie, des attaques d'angine de poitrine, des troubles vaso-moteurs de la face et des modifications pupillaires, des sueurs profuses, des symptômes généraux d'anémie grave.

Tous ces phénomènes ont été observés par M. Dubois sur lui-même; ils ont en partie disparu depuis qu'il s'est soustrait à l'influence des vapeurs chloroformiques.

SOCIETE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 30 mars 1885. — *Du poids des hémisphères cérébraux, d'après le registre de Broca.*

M. Ph. Rey. — Dans un précédent travail, je me suis occupé du poids du cervelet, du bulbe et de la protubérance. J'ai donné aussi, dans mes tableaux, le poids total des hémisphères cérébraux avec les membranes. Il s'agit ici de ces mêmes organes privés des membranes et de la sérosité, et plus spécialement du poids de chacun d'eux et des variations qu'il présente selon le sexe, l'âge et la taille des sujets.

Comme précédemment, cette étude porte sur les pesées recueillies par Broca à Bicêtre, à la Salpêtrière, à Saint-Antoine et à la Pitié, pesées inscrites dans le registre que M. Topinard a très obligeamment mis à ma disposition. Elles sont au nombre de 231 chez les hommes et 116 chez les femmes. Sans entrer dans le détail des nombreuses opérations nécessitées par ces recherches, je donnerai les chiffres qui représentent les résultats les plus nets.

Dans un premier ordre de recherches, portant sur l'ensemble

des cas, il y avait lieu de ranger les cerveaux en deux catégories pour chaque sexe, d'un côté ceux qui ont été recueillis dans les hospices, et ceux qui proviennent des hôpitaux. Ainsi, pour les hommes, à Bicêtre, où l'âge moyen de la population est plus élevé que dans les hôpitaux, 65 cas donnent les résultats suivants :

Hémisphère droit sans membranes.....	528.8
Hémisphère gauche....................	527.3

Tandis que pour les 166 cas recueillis à Saint-Antoine et à la Pitié, où les adultes sont en plus grand nombre, le poids des hémisphères cérébraux est plus élevé :

Hémisphère droit sans membranes.....	567.6
Hémisphère gauche....................	566.5

On voit que l'écart, en faveur de ces derniers, est sensiblement le même pour l'un et l'autre hémisphère. On voit aussi que, dans chacune de ces deux catégories, c'est l'hémisphère droit qui prédomine. La différence est de 1 gr. 4 pour Bicêtre et de 1 gr. 1 pour les hôpitaux.

Sur l'ensemble des cas, c'est-à-dire 231, les poids moyens sont les suivants :

Hémisphère droit......................	566.8
Hémisphère gauche....................	555.6

La différence est encore de 1.2 en faveur de l'hémisphère droit.

La totalité des cas comprend 21 cerveaux dont le poids varie de 1.500 à 1 600 et au-dessus. L'élimination de cette catégorie a eu pour effet d'abaisser le poids moyen des hémisphères, sans faire varier l'écart qu'ils présentent entre eux. Ces poids moyens sont :

Hémisphère droit......................	545.1
Hémisphère gauche....................	544.»

On voit que la différence est sensiblement la même que les précédentes.

Nous reviendrons plus loin sur cette catégorie des cerveaux les plus lourds.

Chez les femmes, les 60 cas provenant de la Salpêtrière, donnent :

Hémisphère droit......................	454.9
Hémisphère gauche....................	455.2

et pour les 56 cas, recueillis dans les hôpitaux, on a :

Hémisphère droit......................	488.7
Hémisphère gauche....................	488.2

L'ensemble des deux catégories forme un total de 116 cas qui donnent pour le poids moyen des hémisphères :

Hémisphère droit......................	471.3
Hémisphère gauche....................	471.1

On voit que la différence entre les deux hémisphères est plus faible que chez les hommes; ici encore, sur l'ensemble des cas, elle est en faveur de l'hémisphère droit.

Ce premier résultat sur l'inégalité du poids des hémisphères cérébraux est conforme à celui qu'ont obtenu Gœglio et Matteï, Wagner. Il faut aussi le rapprocher du résultat que Lebon a obtenu au sujet de l'inégalité du développement des régions correspondantes du crâne. Sur 287 cas, cet auteur trouve en effet 125 fois le côté droit plus développé, 111 fois le côté gauche et 51 fois égalité des deux régions.

D'autres auteurs, Boyer, Demme, ont au contraire trouvé l'hémisphère gauche plus fort que le droit. On voit qu'il reste encore des divergences sur cette question et qu'il n'était pas sans intérêt d'en faire l'objet de nouvelles recherches. Au reste, l'écart entre les deux hémisphères signalé par les partisans de l'un et de l'autre de ces deux opinions ne va pas au delà de 6 ou 8 grammes.

L'examen de chaque cerveau individuellement donne lieu à des remarques intéressantes. J'ai trouvé chez les hommes, que la différence *maximum* entre les deux hémisphères est de 16 à 18 grammes.

Cet écart du reste ne se répète que 5 ou 6 fois, de sorte que l'écart *maximum* le plus fréquent serait de 10 à 12 grammes. Nous avons éliminé trois cas isolés, où cet écart s'élève à 26, 31 et 32 grammes. Chez les femmes, l'écart *maximum* est de 20 à 22 grammes; on rencontre ces chiffres deux ou trois fois seulement, et les chiffres, les plus élevés après ceux-ci et bien plus fréquents, vont de 12 à 15. Six cas isolés, avec des différences entre les deux hémisphères beaucoup plus sensibles, avaient déjà été éliminés pour un autre motif. On voit que les différences entre les poids de ces deux hémisphères sont en réalité peu sensibles. Elles donneraient, si besoin était, la certitude qu'on a affaire à des cerveaux exempts de lésions et par conséquent propres à une étude physiologique.

On sait en effet que l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux dans les affections mentales est bien plus grande, surtout chez les épileptiques, les déments, les paralytiques généraux, ainsi que l'ont indiqué les travaux de Follet, Baume, Delasiauve, Baillarger, Luys, et plus récemment Bra dont l'étude porte sur les 800 pesées, recueillies par M. Dagonet. On connait les chiffres donnés par ces différents auteurs. J'ai moi-même formé une petite série de douze paralytiques généraux, dont les hémisphères présentaient une différence de poids de 20 à 50 grammes. Chez l'un cette différence était de 90 grammes.

Un autre fait à signaler, c'est que l'inégalité du poids des hémisphères est plus sensible dans les séries de cerveaux les moins pesants. Ainsi, chez les hommes, en groupant l'encéphale par poids de 1.600 à 1.000 grammes, on obtient les chiffres suivants :

Encéphale	*N° de cas*	*diff. interhémisphérique*
1600 à 1400	71	0.77
1400 à 1300	69	0.81
1300 à 1000	91	2.51

Même résultat chez les femmes, si on prend les cerveaux de 1200 à 900 grammes. Mais ici, la différence la plus sensible est au profit de l'hémisphère gauche :

Encéphale	*N° de cas*	*diff. interhémisphérique*
1200 à 1100	36	1.2
1100 à 900	43	2.3

Notons encore que dans les deux sexes, et particulièrement chez les femmes, la différence la plus sensible entre les deux hémisphères, correspond le plus souvent aux cas, où l'hémisphère droit est prédominant.

Je ne puis me dispenser de rapprocher ces derniers résultats de ceux que donnent les mêmes recherches, portant sur les cerveaux pathologiques. Le relevé des chiffres donnés par M. Bra montre que, sans distinction de la forme mentale, chez les hommes l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche l'emportent l'un sur l'autre un même nombre de fois et d'une quantité sensiblement égale; chez les femmes, la supériorité de l'hémisphère droit est plus fréquente. Sur 51 pesées de cerveaux de paralytiques généraux, recueillies par Baume,

Baillarger, Dufour, 31 fois l'hémisphère droit est plus fort, 19 fois l'hémisphère gauche. Enfin, sur une petite série personnelle de 12 cerveaux de paralytiques généraux, j'ai vu 7 fois la prédominance de l'hémisphère droit, 2 fois l'égalité et 3 fois un excès de poids au profit de l'hémisphère gauche.

Il résulte de cet examen que, dans les cas pathologiques comme dans les cas normaux, c'est l'hémisphère droit qui prédomine. Mais, pour les cerveaux d'aliénés, les différences les plus sensibles entre le poids des deux hémisphères ne sont pas aussi régulièrement liées à la prédominance de l'hémisphère droit.

M. Luys, constatant aussi chez les aliénés cet excès de poids au profit de l'hémisphère droit, pense que cette partie de l'encéphale, se développant chez eux d'une manière insolite, devient ainsi un élément de trouble et de déraison. Ce savant aliéniste a vu en effet que, sur 26 cerveaux *féminins* normaux, l'hémisphère gauche l'emporte sur l'hémisphère droit. Nos résultats, sur l'ensemble des 116 cerveaux *du même sexe,* sont différents : l'hémisphère droit l'emporte sur l'hémisphère gauche. Mais il faut noter que, chez les femmes de la Salpêtrière, c'est l'hémisphère gauche qui prédomine, et que, sur la totalité des cas, la différence au profit de l'hémisphère droit est bien moindre que chez les hommes.

Nos prochaines recherches sur le poids des lobes frontaux, pariétaux, temporaux, occipitaux, nous fourniront sans doute la raison de cette différence sexuelle.

Influence de l'âge sur le poids des hémisphères cérébraux. — La distinction, précédemment établie entre les listes des différents hospices et hôpitaux, nous a paru ici sans importance, les recherches portant sur des séries établies d'après l'âge des sujets. En ordonnant des séries comme il suit, on peut déjà savoir le rapport des poids des hémisphères avec l'âge.

Encéphale	*Cas*	*Age*	*H. D.*	*H. G.*
1500	24	43	656	655
1400	47	41	603	602
1300	70	46	539	538
1200	61	54	519	519
1100	24	65	476	472
1000	4	69	»»»	»»»

La décroissance du poids des hémisphères suit les progrès de l'âge, sauf pour la série de 1.500 et au-dessus. Aussi, dans

cette étude, avons-nous cru devoir éliminer cette catégorie de cerveaux, sur laquelle nous reviendrons. Les 206 cas comprennent des cerveaux de 1.000 à 1.500 grammes, groupés par séries de cinq en cinq ans, donnant les résultats suivants.

Le poids des hémisphères augmente de 15 à 30 ans, où ils ont leur poids maximum : H. D. 587, H. G. 587 ; de 30 à 35 ans, chacun d'eux perd 20 grammes. Cette décroissance est régulière et s'accentue jusqu'à l'âge de 50 ans. A cette époque, l'hémisphère droit perd 59 grammes, le gauche 63 grammes.

Age	*N° 1 Cas*	*H. D.*	*H. G.*
30 à 35	19	573.4	572.1
35 à 40	16	562.3	561.1
40 à 45	25	554.7	554.4
45 à 50	19	528.•	525.8

De cinquante ans à soixante-dix ans, le poids des hémisphères reste sensiblement le même. Puis, il se produit une nouvelle décroissance, elle est graduelle jusqu'à la période extrême de quatre-vingts à quatre-vingt-cinq ans : H. D. 486, H. G. 482. La perte totale subie par le cerveau est alors de 101 gr. pour l'hémisphère droit et 106 gr. pour l'hémisphère gauche.

En prenant des périodes plus longues, de dix ans en dix ans, le poids maximum se trouve reporté de trente-cinq ans aux H. D. 578.1, H. G. 577.6. Il s'abaisse, dans les deux périodes suivantes de trente-cinq à quarante-cinq ans : 556.9 et 556, et de 45 à 55 ans. Un état stationnaire se montre dans la période de 55 à 65 ans, après laquelle la perte de poids devient plus sensible. De 75 à 85 ans, l'hémisphère droit, 493, l'hémisphère gauche, 489.

Ces remarques s'appliquent à la fois aux deux hémisphères. Leurs variations sont sensiblement parallèles; il ne paraît pas que l'âge ait une influence plus marquée sur l'un ou sur l'autre; cependant la différence de poids entre les périodes successives est constamment un peu plus forte pour l'hémisphère gauche.

L'écart entre les deux hémisphères est une fois au profit de l'hémisphère gauche; c'est dans la période de vingt-cinq à trente ans. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, cet écart est plus marqué dans la période extrême, celle des poids les plus faibles. Chez les femmes, j'ai pu réunir 135 cas dont l'âge moyen est de soixante-trois ans.

La période de cinq en cinq ans, ne donnent pas de résultats suffisamment nets. De dix en dix ans, le poids maximum des hémisphères se montre à vingt-cinq ans.

Age	H. D.	H. G.
15 à 25	526.8	524.1

La décroissance est immédiate et sensible de vingt-cinq à trente-cinq ans, et le poids des hémisphères reste à peu près stationnaire jusqu'à quarante-cinq ans. Une nouvelle perte de poids dans la période suivante est suivie d'une autre phase stationnaire jusqu'à 65 ans. De 65 à 75, la perte de poids est la plus sensible et elle s'accentue encore dans la dernière période de soixante-quinze à quatre-vingt-cinq ans.

Age	H. D.	H. G.
25 à 35	506.3	502.6
35 à 45	509.2	507.2
45 à 55	489.2	490.3
55 à 65	495.1	495.6
65 à 75	460.7	462.8
75 à 85	449.6	450.4

On voit que le poids maximum des hémisphères cérébraux se montre plus tôt chez la femme; la perte de poids est aussi plus précoce. La période stationnaire serait plus longue. Enfin l'âge vers lequel la perte de poids est le plus sensible, est la même pour les deux sexes, c'est-à-dire après soixante-cinq ans.

La différence entre ces deux hémisphères est ici fréquemment au profit de l'hémisphère gauche.

Influence de la taille. — Nous avons encore écarté les cerveaux de 1.500 grammes et au-dessus. Sur l'ensemble des 196 cas, chez les hommes, il est facile de voir que le poids des hémisphères croît avec l'élévation de la taille prise de cinq en cinq centimètres.

Taille	H. D.	H. G.
1.50 à 1.55	481.2	477.5
1.55 à 1.60	548.5	548.2
1.60 à 1.65	552.8	550.5
1.65 à 1.70	554.2	552.7
1.70 à 1.75	562.8	561.7
1.75 à 1.80	597.»	595.9

Cette augmentation varie beaucoup selon les différentes périodes. Elle est très sensible pour les petites tailles de 1.50 à 1.60, à peu près nulle pour les sujets 1.60 à 1.70; elle s'accentue de 1.70 à 1.75 et surtout de 1.75 à 1.80, c'est-à-dire pour les tailles au-dessus de la moyenne.

Chez les femmes, l'influence de la taille est également manifeste; mais il faut prendre des periodes plus étendues, de 10 en 10 centimètres. Elles donnent le tableau suivant :

Taille	*H. D.*	*H. G.*
1.40 à 1.50	465.4	465.1
1.50 à 1.60	472.8	473.3
1.60 à 1.70	494.2	494.6

Les hémisphères cérébraux gagnent du poids avec l'élévation de la taille; cette augmentation est surtout notable pour les tailles les plus élevées de 1.60 à 1.70.

Je reviens maintenant aux cerveaux les plus lourds, ceux de 1.500 à 1.600 gr. et au-dessus, que j'ai écartés jusqu'ici de cette étude. Ils appartiennent tous au sexe masculin, au nombre de 24, dont 6 parmi les cas recueillis à Bicêtre. L'âge moyen correspondant à ces 24 cas est de quarante-trois ans, époque à laquelle, si nous opérons sur la totalité des cas, le cerveau a déjà commencé de décroître. L'influence de l'âge n'est donc pour rien dans le développement de ces cerveaux exceptionnels. Il en est de même pour la taille, car la moyenne, correspondante à nos 24 cas, est sensiblement la même pour les cerveaux de 1.400 grammes. Il eût été nécessaire d'avoir la biographie des sujets ainsi favorisés; peut-être y aurait-on trouvé la cause du poids élevé de la masse encéphalique.

Les deux hémisphères dépouillés des membranes ont sensiblement le même poids.

La proportion de ces gros cerveaux est, pour la population totale des trois hôpitaux, de 8 p. 100. Sur 154 cerveaux d'aliénés que j'ai recueillis et pesés moi-même, la proportion des poids élevés est assez voisine de la précédente : elle est de 6.5 p. 100. L'âge moyen des premiers est de quarante-trois ans. L'âge moyen, dans le second cas, est de cinquante ans. En parcourant les listes de Broca, on peut voir que, dans les hôpitaux et hospices, le plus grand nombre des individus doués d'un cerveau au-dessus de la moyenne, c'est-à-dire à partir de 1.400, disparaît avant l'âge de quarante ans;

la proportion est de 48 p. 100; elle est de 20 p. 100, de cette période jusqu'à quatre-vingts ans, tandis que dans les asiles d'aliénés, si nous nous en rapportons à nos observations personnelles, la disparition des individus à gros cerveau est de 7 p. 100 avant quarante ans; elle est plus tard de 15 p. 100. Ce qui ressort de ces chiffres, c'est qu'un grand nombre des individus à gros cerveau et sains d'esprit succombent à la période de trente à quarante ans, et un certain nombre de ceux qui survivent viendront échouer dans les asiles d'aliénés. Je reconnais que ma statistique est trop faible pour servir de base à une hypothèse aussi grave; aussi n'ai-je voulu qu'indiquer un point de recherches que je compte entreprendre avec des matériaux plus importants.

M. Lunier fait observer qu'il y aurait intérêt dans ces pesées à procéder par séries, considérant les vésaniques d'une part, les cérébraux de l'autre. Il rappelle, à ce propos, qu'il y aura à Rome, en octobre prochain, et grâce aux efforts du docteur Lombroso, un congrès dans lequel devront être discutées toutes les questions relatives à l'anthropologie criminelle. On se propose de créer, à ce propos, une exposition de pièces se rapportant à la crâniologie criminelle.

M. Ch. Féré. — La communication de M. Rey nous offre plusieurs points intéressants, j'en relèverai deux en particulier. Chez les femmes, dit-il, le cerveau acquiert plus tard son maximum de développement et son atrophie commence plus tôt. Cette proposition, qui mériterait de s'appuyer sur des faits plus nombreux, concorde avec d'autres faits relatifs à l'évolution du squelette et sur lesquels j'ai insisté à plusieurs reprises. L'évolution de l'os est plus précoce dans les points où l'ossification a été la plus tardive et c'est dans ces régions que l'atrophie se manifeste tout d'abord; en outre, il y a à cet égard une différence au préjudice de la femme.

Quant à la remarque que les sujets à gros cerveau disparaissent après quarante ans dans les hôpitaux ordinaires, tandis qu'on les retrouve encore dans les asiles d'aliénés, elle serait surtout importante si on pouvait en donner une explication satisfaisante. Les hommes à gros cerveau disparaissent-ils par le fait d'une mort prématurée ou bien acquièrent-ils d'ordinaire une position sociale qui leur permet d'éviter l'hôpital, quand ils ne deviennent pas aliénés ?

Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire. — M. Falret. — Messieurs, il me semble que la ques-

tion des signes spéciaux des folies héréditaires pourrait faire revivre les anciennes discussions si intéressantes de notre Société. Les leçons de M. Magnan, et notamment sa récente communication à l'Académie, rentrent dans cet ordre d'étude. Deux grandes dissidences règnent ici à ce sujet. Les uns pensent que l'hérédité joue un très grand rôle dans l'aliénation mentale, mais qu'elle n'est qu'une cause et n'imprime aucun cachet à l'aliéné. D'autres, comme Morel, admettent des folies héréditaires, c'est-à-dire avec des stigmates et des signes particuliers. L'hérédité a donné lieu à bien des statistiques divergentes. Je me bornerai à quelques indications générales pour provoquer la discussion.

Historique. — L'ouvrage de M. Lucas a marqué une époque nouvelle dans l'étude de l'hérédité au point de vue physiologique et pathologique (1). Moreau (de Tours) a étudié l'hérédité dans ses applications aux diverses formes d'aliénation mentale. Morel a établi des lois générales, et, malgré ses obscurités et ses aperçus vagues, il a ouvert une voie nouvelle en étudiant les transformations de l'hérédité morbide, ne se bornant ni à l'hérédité similaire, ni à l'hérédité transformée, mais fixant son esprit sur les caractères physiques; la dégénérescence physique et la stérilité de la race sont pour Morel les résultats de l'hérédité vésanique, qui ne se bornerait pas à des transformations mentales.

C'est là sa grande loi, générale sinon absolue; il a accumulé des faits nombreux pour établir cette loi. Dans les familles qu'il a observées, les troubles mentaux et nerveux deviennent plus graves par l'hérédité.

Y a-t-il des stigmates physiques, intellectuels, moraux chez les descendants d'aliénés ? Les aliénés héréditaires ont-ils un cachet spécial ? C'est la question sur laquelle je veux insister. Il y a de l'hérédité simple et de l'hérédité accumulée; ces stigmates existent dans les familles à hérédité accumulée.

1er point : Quelle est l'empreinte de l'hérédité dans les maladies mentales ?

2e point : Y a-t-il des formes mentales caractéristiques héréditaires ?

1er point : *De la paralysie générale* — La paralysie générale a été étudiée comme une maladie individuelle, diverses notions étiologiques ont été invoquées, en dehors de l'hérédité; plus

(1) Lucas. Paris, 1847-1850, J.-B. Baillière.

tard, Baillarger (mémoire de 1847) et Lunier ont établi l'hérédité congestive pour expliquer la paralysie générale ; depuis on a admis des paralysies générales d'origine vésanique; aujourd'hui, au point de vue de la cause on admet trois ordres de paralysies générales : spontanées, congestives, vésaniques. On a dit de plus que ces paralysies générales héréditaires avaient des caractères spéciaux : durée longue, rémissions très fréquentes, forme circulaire. Voilà la première question à résoudre.

Alcoolisme. — N'est pas alcoolique qui veut, a dit Lasègue; on peut être ivrogne à volonté, mais non alcoolique sans prédisposition spéciale; il est reconnu aujourd'hui que les alcooliques sont des héréditaires. Cette hérédité se manifeste sous plusieurs formes ; les uns sont très sensibles à la moindre dose d'alcool, les autres ne peuvent s'enivrer et résistent aux plus fortes doses. En sorte que l'alcoolisme lui-même est soumis à l'hérédité morbide. Morel l'a démontré à l'aide de faits nombreux; il a établi que les alcooliques étaient des héréditaires nerveux et aboutissaient à la stérilité et à la dégénérescence.

Délire de persécution.— Cette expression, inconnue autrefois, à peine signalée dans Esquirol, a été mise en relief par Lasègue. C'est une maladie fréquente, caractérisée au début par de simples interprétations délirantes; survient la période d'hallucinations de l'ouïe (voix courtes, isolées), puis s'ajoute la systématisation dans laquelle les hallucinations des autres sens s'accompagnent d'autres interprétations délirantes, le tout pour aboutir à la mégalomanie. On n'a pas suffisamment distingué le délire de persécution sans hallucination des persécutés avec hallucinations. Lasègue a dit que ceux qui personnifient leur délire au lieu de l'attribuer à un très grand nombre, à plusieurs groupes, sont plus dangereux que les autres, parce qu'ils devenaient des persécuteurs. Mais il n'a pas été établi que ces aliénés persécuteurs n'ont jamais d'hallucinations; ce ne sont pas les persécutés de nos asiles ; ils font des mémoires, soulignent les mots, ils ont des formes de langage particulières, s'adressent aux autorités, ils n'ont pas d'hallucinations ; ce sont des fous raisonnants, ce sont des héréditaires, l'hérédité apporte donc sa marque dans ce délire.

Epilepsie, — Lasègue a admis que l'épilepsie vraie reposait sur une déformation crânienne de la base du crâne, datant de la naissance. Personne ne peut nier que l'épilepsie ne soit héréditaire, mais il a été établi que son hérédité n'est pas

toujours similaire; il n'y a que 7 à 8 p. 100 d'hérédité similaire, ce qui donnerait raison à Lasègue, quand il disait que l'épilepsie n'était pas constamment héréditaire. Moreau (de Tours) avait d'ailleurs déjà établi que les épileptiques sont des fils d'alcooliques. Certains épileptiques sont des fils d'aliénés; il faut retrouver l'hérédité de l'épilepsie dans les autres formes de maladies nerveuses.

L'épilepsie héréditaire a son empreinte : l'état convulsif est moindre, le vertige plus accentué; la forme fruste appartient de préférence à l'épilepsie héréditaire. L'épilepsie larvée, a dit Morel, est toujours de l'épilepsie héréditaire.

Hystérie. — Les hystériques, au point de vue de leurs ascendants, rentrent dans la loi de Morel, et présentent aussi la prédominance des formes délimitées, vertigineuses, frustes sur les phénomènes convulsifs et ne présentent que des caractères isolées de l'hystérie : clou, ovarie.

Hypocondrie. — Les hypocondriaques par hérédité ont des idées absurdes, étranges, sur la nature et la cause de leur mal, bizarres sur la pathologie; ils croient par exemple que leur sperme circule avec leur sang.

Toutes les formes d'aliénation mentale portent donc l'empreinte de l'hérédité, et de plus cette hérédité imprime des marques caractéristiques à chaque forme héréditaire. Dès l'enfance, ces aliénés présentent des caractéristiques : asymétrie du crâne et de la face, strabisme, tics de la face, strabisme de la face de Lasègue (au point de vue du mouvement et du squelette), bégaiement, bec-de-lièvre. Chez ces prédisposés, des stigmates se retrouvent dans toutes les parties du corps, dans la démarche, dans les organes génitaux, des hernies, des pieds-bots.

A côté de ces signes physiques, il y a des signes intellectuels, comme des inégalités énormes dans le développement des facultés; certaines sont brillantes, poésie, calcul, mémoire, sculpture. et d'autres sont obscures; ce sont des génies partiels, d'après Félix Voisin; ils ont des instincts vicieux, sont réfractaires à l'éducation, indisciplinables, et cela contrastant avec certaines aptitudes remarquables, tout comme certains imbéciles et certains idiots.

Mais c'est au moment de la puberté que ces caractères s'accentuent : accidents choréiformes, convulsifs, délirants; accès graves qui déroutent le diagnostic des médecins; ils simulent une méningite, mais celle-ci s'arrête; l'évolution de la puberté

est lente, difficile dans les deux sexes et n'a pas été étudiée. C'est à ce moment que s'opère la bifurcation; les uns deviennent idiots et imbéciles, les autres tendent vers la folie raisonnante et le délire des actes. Ceux-ci s'engagent, changent de position, se font condamner, passent pour des excentriques, ou se font enfermer et là deviennent source de nouvelles contestations ou bien passent leur vie entre la liberté et les asiles.

Ce qui est intéressant, c'est d'étudier les signes physiques qui correspondent à des troubles intellectuels et moraux. Si ces aliénés ont l'air d'individus normaux à certains intervalles, les signes physiques n'en persistent pas moins, ainsi que M. Legrand du Saulle l'a établi et que M. Magnan vient de l'exposer en détail à l'Académie de médecine. Ce sont des anomalies génitales, dans tous les temps de l'acte génital en plus ou en moins, excès de salacité ou divers degrés d'impuissance. Ceci est souvent difficile à obtenir dans les confidences des malades ou de leurs familles. Les traités de l'impuissance et de la stérilité contiennent des faits très intéressants, mais mal interprétés au point de vue de l'hérédité. Il y a des crises cérébrales, des accidents cérébraux subits, à forme en apparence grave, mais d'un pronostic moins sévère toutefois; ces crises cérébrales sont souvent un des modes de terminaison de tous ces héréditaires.

Ainsi à la naissance, dans l'enfance, à la puberté, plus tard et jusqu'à la mort, ces aliénés héréditaires sont donc plus cérébraux que les autres; ici, les signes physiques, contrairement à l'observation des anciens aliénistes, sont plus prononcés que les autres signes. La folie héréditaire, à ce point de vue, doit donc être rapprochée de l'imbécillité et de l'idiotie.

Certains caractères généraux appartiennent à la folie héréditaire. Le contraste entre la lucidité et les troubles moraux existe des plus marqués. Ce sont des aliénés raisonnants, lucides.

La rémittence est un second caractère essentiel à la folie héréditaire, parfois elle est très prolongée, et à ce moment ils ne sont qu'excentriques.

Un troisième caractère sur lequel M. Magnan a insisté, c'est le développement subit de conceptions délirantes qui surgissent d'un jour à l'autre au milieu d'un état général qui ne paraît pas comporter un pareil élément. Ce sont des idées de grandeur absurdes. Ces idées, au lieu de se systématiser,

ont une durée courte et disparaissent avec la même rapidité que celle de leur éclosion. Morel n'y avait pas assez insisté et Magnan les a bien mises en relief.

En dehors du rôle général de l'hérédité comme cause de l'aliénation, il y a lieu d'étudier les formes qui portent plus spécialement le cachet de l'hérédité, la forme raisonnante, les formes intermittentes et périodiques, la folie circulaire, la folie avec conscience, la folie du doute, etc.

A côté du groupe des variétés de paralysie générale, il y a lieu de distinguer des variétés dans le groupe des folies héréditaires, et c'est l'analyse de ces variétés qui doit contribuer aux progrès de l'aliénation mentale.

C. V.

VARIÉTÉS

INAUGURATION DE LA STATUE DE PINEL

Le lundi 13 juillet, à dix heures du matin, place de la Salpêtrière, a eu lieu l'inauguration de la statue, élevée à la mémoire de Pinel par la Société Médico-Psychologique de Paris.

Depuis un an le monument était découvert; mais la Société Médico-Psychologique a voulu, et en cela elle a été bien inspirée, que la remise de la statue à la ville de Paris se fît avec solennité, de façon à rendre plus éclatant l'hommage accordé si tard au savant illustre, à l'homme vertueux, qui a été en même temps que le bienfaiteur des aliénés le créateur de la médecine mentale.

Le groupe principal, exécuté avec beaucoup d'art par le statuaire Ludovic Durand, est en bronze et comprend deux figures. Pinel debout tient dans sa main droite des fers brisés; à ses pieds une jeune malade ramasse des fleurs et tourne vers celui qui vient de la délivrer un regard de reconnais-

sance. De chaque côté du piedestal deux grandes statues en pierre : la *Science* et la *Bienfaisance* ; au milieu, ces trois lignes gravées en lettre d'or

A PHILIPPE PINEL

BIENFAITEUR DES ALIÉNÉS

LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

M. le Dr Dagonet, médecin de l'asile Sainte Anne, président de la Société Médico-Psychologique a ouvert la séance par une courte allocution. M. le Dr Robinet, au nom du conseil municipal de Paris, M. Poubelle, préfet de la Seine, M. le Dr Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, M. le Dr Ritti, secrétaire général de la Société Médico-Psychologique et M. Pichon, conseiller municipal du quartier de la Salpêtrière, ont ensuite pris successivement la parole.

La fête s'est terminée par un lunch, offert par la Société Médico-psychologique à ses nombreux invités dans les salles de la consultation externe de la Salpêtrière. Tout avait été parfaitement organisé par les soins de M. le Dr Motet.

Voici les discours prononcés :

Allocution de M. le Dr Dagonet, médecin de l'asile Sainte-Anne, président de la Société médico-psychologique.

Messieurs,

La Société médico-psychologique de Paris vient aujourd'hui inaugurer la statue d'un grand et illustre citoyen, le docteur Philippe Pinel.

Elle rend ce public et solennel hommage à l'homme généreux qui, tirant de la barbarie la science de l'aliénation mentale, a fait à tout jamais disparaître les traitements inhumains, infligés pendant plusieurs siècles à des infortunés, que l'on ne croyait pas alors pouvoir considérer comme des malades. Elle honore l'homme érudit qui, pour réaliser une telle réforme, a pris pour guide naturel l'esprit scientifique d'observation.

L'auteur de cette œuvre artistique remarquable, M. Ludovic Durand, a été bien inspiré en plaçant aux côtés de Pinel la Science et la Bienfaisance, ces deux grandes forces mises au service de l'humanité.

La Science dont nous admirons les incessants progrès et les merveilleux effets, la Bienfaisance qui soulage les souf-

frances de la maladie et de la misère, font des miracles, lorsqu'elles unissent leurs efforts. Pinel a su les unir; cœur rempli de l'amour du bien et de ses semblables, esprit scientifique convaincu, il a eu le courage de combattre les idées déplorables d'un passé séculaire; il a brisé les chaînes des aliénés, ouvert leurs cachots.

C'est pourquoi nous devons le considérer comme un bienfaiteur de l'humanité.

Je n'ai pas, Messieurs, à énumérer les travaux, à exposer les titres scientifiques de cet illustre médecin; cette tâche est réservée au secrétaire général de notre société, M. le Dr Ritti.

M. Legrand du Saulle, le trésorier de notre Comité de souscription, vous fera connaître par quels efforts on est parvenu à réunir la somme nécessaire pour l'érection de la statue de Pinel.

Notre éminent collègue, M. Baillarger, le président de ce comité, nous exprime ses regrets de ne pouvoir se joindre à nous pour honorer la mémoire du savant illustre qui a tant contribué à l'amélioration du sort des aliénés.

Au nom de la Société médico-psychologique, je remets la statue de Philippe Pinel à la ville de Paris.

Notre Société a voulu que ce don fût fait d'une manière solennelle, comme un témoignage public de son admiration pour le savant, pour l'homme de bien, et comme la consécration des sentiments généreux et des convictions ardentes qui ont honoré notre pays, notre première République, et qui transmettront aux générations à venir un nom glorieux et impérissable.

Discours de M. Robinet, vice-président du Conseil municipal.

Messieurs,

Au nom du Conseil municipal de Paris, je remercie le Président de la Société médico-psychologique, M. le Docteur Dagonet, des paroles qu'il vient de prononcer.

Au nom de la ville de Paris, je remercie tous ceux qui ont eu la pensée généreuse d'élever cette statue à l'un des savants les plus éminents, à l'un des hommes les plus dignes et les meilleurs qui aient jamais existé.

Messieurs, je laisse à d'autres plus compétents le soin de retracer la vie si bien remplie et les travaux scientifiques si importants accomplis par Pinel. Permettez-moi seulement,

comme représentant de la municipalité parisienne et du Conseil général de la Seine, de ces deux corps à qui incombe la gestion et la tutelle des aliénés, permettez-moi, dis-je, sur cette place publique, devant ces vieux bâtiments de la Salpêtrière, de jeter un rapide coup d'œil sur le passé, de voir ce qu'étaient nos malheureux malades avant Pinel, ce qu'il a fait pour eux et ce qu'ils sont aujourd'hui.

A Bicêtre, à la Salpêtrière, dit Pariset dans son éloge de Pinel, le vice, le crime, le malheur, les infirmités, les maladies les plus dégoûtantes et les plus disparates, tout était confondu comme les services.

Les bâtiments étaient inhabitables. Les hommes y croupissaient couverts de fange, dans des loges toutes de pierre, étroites, froides, humides, privées d'air et de jour et meublées seulement d'un lit de paille, que l'on renouvelait rarement, et qui bientôt devenait infect : repaires affreux où l'on se ferait scrupule de placer les plus vils animaux.

Les aliénés que l'on jetait dans ces cloaques étaient à la merci de leurs infirmiers, et ces infirmiers étaient des malfaiteurs que l'on tirait de la prison. Les malheureux malades étaient chargés de chaînes et garrottés comme des forçats. Ainsi livrés sans défense à la brutalité de leurs gardiens, ils étaient l'objet des plus cruels traitements, qui leur arrachaient jour et nuit des cris et des hurlements, que rendait encore plus effrayant le bruit de leurs chaînes. Les femmes étaient enchaînées quelquefois toutes nues dans des loges presque souterraines et pires que des cachots. A l'époque des crues de la Seine, ces cachots étaient envahis par les rats qui se jetaient la nuit sur ces malheureuses et les rongeaient partout où ils pouvaient les atteindre. A la visite du matin, on en trouvait dont les pieds étaient dévorés par ces animaux, elles succombaient souvent. Aussi, blessées de toutes parts, leur cœur ulcéré ne respirait que vengeance et, dans l'ivresse de haine qui les emportait, elles ne cherchaient, comme des bacchantes, qu'à déchirer leurs filles de services ou à se déchirer entre elles.

Et dans quelle atmosphère, Messieurs, dans quel cadre hideux se plaçait cet enfer ? C'était dans un milieu au moins aussi épouvantable, dans cet hospice-Bastille qui était la Salpêtrière, là où se trouvaient enfermées pêle-mêle à côté des aliénées, toutes les misères sociales de l'époque, les infirmes, les malades, les prostituées.

Quel phénomène plus terrible que ce qu'on nommait alors *la Plainte de l'hôpital ?*

Parfois, dit un auteur du temps, au milieu du silence de la nuit, les habitants des quartiers Saint-Marcel et Saint-Victor entendent s'élever une clameur, une sorte de gémissement sauvage, qui se répète à intervalles réguliers : c'est la Plainte de l'hôpital !

Comprimé, refoulé, ce flot de rancune et de haine qui, inonde le cœur de toutes ces malheureuses, monte lentement ; à un moment il déborde ; elles ont convenu une révolte, et toutes, au nombre de plusieurs mille, en même temps, au même signal, poussent des hurlements épouvantables. Ce cri d'alarme qui se propage à près d'une lieue, produit un saisissement horrible (1).

Notre grande Révolution arrive enfin, avec son cortège d'idées réformatrices et humanitaires. En 1792, les trois administrateurs des hospices, représentants de la commune de Paris, Thouret, Cousin et l'illustre Cabanis, tous trois amis de Pinel, jugèrent qu'il était le seul homme de Paris et même de la France, qui fût en état de remédier à tant de maux.

Quel homme, en effet, était mieux préparé pour les réformes qu'il avait à accomplir ?

D'un tempérament dont la bonté était le caractère essentiel, imbu du sentiment social à un haut degré, Pinel avait reçu une puissante éducation scientifique et notamment celle qui est la base de toutes, une éducation mathématique très étendue.

Esprit profondément émancipé, il était intimement mêlé au grand mouvement philosophique du dix-huitième siècle; il avait été l'un des hôtes assidus du salon d'Helvétius ; en relation constante avec la plupart des encyclopédistes, il était en rapport intime avec les savants et les philosophes les plus illustres, avec les Fourcroy, les Berthollet, les Cabanis, les Condorcet et tant d'autres.

Tel était l'homme à qui fut confiée la direction de Bicêtre, puis de la Salpêtrière.

Sous sa haute influence, tout changea bientôt de face.

A la contrainte, aux tortures usitées presque partout ailleurs, Pinel substitua des procédés où la justice était tem-

(1) Pariset, *Histoire des membres de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1850, tome I.

pérée par la bonté. Plus de fers, plus de chaînes. Il laissait aux malades paisibles toute la plénitude de leur liberté.

Avec lui apparurent vis-à-vis des aliénés la pitié, les égards, les ménagements, la douceur, la justice.

Partout il substitua l'ordre à .a confusion, la règle au caprice et les saints devoirs de l'humanité aux honteux excès de la barbarie.

Telle fut, Messieurs, au point de vue spécial que j'ai envisagé, l'œuvre humanitaire de ce savant, bon entre tous.

L'œuvre de Pinel, et c'est là un de ses plus beaux titres, a trouvé des continuateurs. L'école de la Salpêtrière fait encore la gloire de la France, et elle compte ici de brillants représentants. Si, du côté des médecins, personne n'a failli à sa tâche, d'un autre côté, nous pouvons le dire hautement, les pouvoirs départementaux et communaux, depuis plusieurs années, n'ont reculé devant aucune dépense, devant aucun sacrifice, pour l'amélioration du sort des aliénés. Espérons que les pouvoirs publics, par des modifications profondes au projet de loi actuellement en discussion, feront aussi leur devoir. Quant à la ville de Paris et au département de la Seine, je le répète, et c'est par là que je termine, ils sont prêts à introduire tous les perfectionnements qui seront réclamés. Ce sera là, Messieurs, le plus bel hommage que nous puissions rendre à la mémoire de Pinel, le bienfaiteur des aliénés.

Encore une fois, Messieurs, au nom du Conseil municipal, je remercie tous ceux qui ont eu la pensée généreuse d'élever cette statue et de l'offrir à la ville de Paris ; je remercie tous les membres de la Société médico-psychologique et je remercie l'éminent sculpteur, M. Ludovic Durand, pour l'œuvre magistrale dont il a enrichi le patrimoine artistique de notre chère cité.

Au nom de Paris, hommage et salut à la grande figure de Pinel !

Discours de M. Poubelle, préfet de la Seine.

Messieurs,

M. le Président du Conseil municipal vous a adressé, au nom des élus de la cité, ses remerciements pour le don gracieux que vous venez de faire à la ville de Paris. Je viens l'accepter officiellement en son nom et vous donner l'assurance que, comme il est bien reçu, il sera bien gardé.

Cette statue, élevée par vous à la mémoire de Pinel, ne consacrera pas seulement son souvenir; elle rappellera, en même temps, que c'est grâce à l'initiative de la Société médico-psychologique, à sa persévérance, à sa générosité, que ce monument a pu être érigé. L'hommage rendu aux morts illustres honore aussi les vivants; l'estime qu'ils font du mérite et de la vertu d'autrui ramène, par un juste retour, la pensée sur leur propre mérite et l'on remarque, avec raison que, si Pinel a ouvert le chemin et donné l'exemple, il a trouvé parmi tant d'hommes distingués, dont les noms sont présents à tous les esprits, des continuateurs dignes de lui.

Votre Société a su les réunir presque tous dans ses rangs; elle a associé les efforts, doublé les bonnes volontés, recueilli dans ses annales des documents précieux, ouvert à chacun sa publicité, et, grâce à ses correspondants français et étrangers, concentré en un seul faisceau toutes les lumières que les travaux de ce siècle ont projetées sur cette terrible maladie qui laisse le mieux voir à la fois la grandeur et la misère de l'homme : l'aliénation mentale.

Vous ne pouviez mieux glorifier les idées qui inspirent votre apostolat qu'en élevant une statue à l'homme qui les a le premier personnifiées avec tant d'autorité, qu'en la plaçant au seuil de ce grand établissement où, sous une direction active et vigilante, se sont accomplis de nos jours tant de progrès et où l'étude des maladies mentales compte tant d'éminents représentants.

A la Salpêtrière, comme à Bicêtre, c'est Pinel qui a été l'initiateur. L'intéressant tableau de Tony Robert-Fleury et cette belle statue le montrent délivrant les aliénés de leurs chaînes. Ce fut, en effet, partout où il a passé, son premier acte et il était significatif. En cessant de traiter l'aliéné comme une bête féroce que l'on renonçait à guérir, et qu'il suffisait de réduire, il lui a restitué sa dignité d'homme; il a fait comprendre à tous, et spécialement à ses gardiens, qu'ils avaient devant eux simplement un malade dont l'affection n'était souvent que passagère, et qui devait, plus encore que tout autre malade, être un objet d'égards, de soins diligents, et se trouver soumis, dans l'asile qui les recueillait, à une direction à la fois ferme et bienveillante.

Telles sont les idées morales que ce monument doit surtout provoquer et enseigner. Pour que l'exemple, et, j'ajouterai,

la justice, fussent complets, je voudrais qu'auprès de la statue du médecin illustre, quelque part, sur les murs de cet asile, une inscription commémorative rappelât le nom de Pussin. Dans son emploi de surveillant à Bicêtre, puis à la Salpêtrière, il a secondé de la manière la plus intelligente et la plus active l'œuvre du grand aliéniste. Pinel lui rend cet hommage à mainte reprise dans ses écrits, et, puisque les personnes qui sont constamment auprès des aliénés, peuvent le plus pour leur bien être, leur repos et leur guérison, il m'a semblé à propos de reconnaître ici publiquement la valeur de ces discrets, mais très réels services. Pinel, Messieurs, n'était pas seulement, selon le mot de Cuvier, un beau génie, c'était encore un excellent homme. La bonté l'a constamment inspiré, et l'on peut se souvenir de l'un de ces modestes serviteurs qui, comme lui, ont été bons, en face du monument élevé par vos mains généreuses, à la science et à l'humanité !

Discours de M. le Dr Legrand du Saulle.

Messieurs,

En France, notre instinct chevaleresque et honnête nous conduit à honorer le génie partout où il s'est rencontré. Pour nous, la reconnaissance publique a des droits imprescriptibles. Elle peut se faire très longtemps attendre, mais l'heure de la réparation finit toujours par sonner.

La solennité qui nous réunit aujourd'hui est une preuve bien significative de ce que j'avance, et c'est avec une satisfaction profondément émue que j'ai en ce moment l'honneur de présenter aux mandataires de la ville de Paris et au premier magistrat du département de la Seine ce bronze monumental, élevé à la mémoire du docteur Philippe Pinel, médecin en chef de la Salpêtrière, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie des sciences et membre d'honneur de l'Académie de médecine, mort à la Salpêtrière, à l'âge de quatre-vingt-un ans, le 26 octobre 1826.

Pinel ne fut pas seulement cet illustre médecin, dont les titres scientifiques vous seront rappelés tout à l'heure par le secrétaire général de notre Compagnie, mais il fut encore un philanthrope perspicace et osé, un patriote sincère, un grand citoyen. Appelé vers la fin de 1792 aux fonctions de médecin de Bicêtre, il fut aussi affligé qu'indigné du spectacle horrible qui chaque jour s'offrait à ses yeux. Les malades, chargés de

chaînes, à peine vêtus, croupissaient sur de la paille, au milieu d'immondices, dans d'étroits et infects cabanons. A leurs manifestations délirantes ou convulsives, à leurs cris ou à leurs supplications, il n'était répondu d'ordinaire que par des sévices! En voyant que les troubles de l'esprit pouvaient conduire à un pareil état d'abjection et appelaient en quelque sorte de semblables cruautés, le nouveau médecin de Bicêtre s'arrêta à la généreuse pensée d'une grande et secourable réforme, puis il conçut bientôt l'admirable projet d'élever le fou à la dignité de malade.

Le hasard le servit bien. Il avait sous ses ordres un surveillant très zélé, actif, plein de cœur, d'un courage éprouvé, et Pussin fut pour lui un précieux collaborateur. Honneur au modeste employé, honneur à Pussin!

Philippe Pinel demanda un jour à la Commune de Paris la permission de briser les fers de ses malades. Une vive opposition se manifesta, et Couthon, président, crut devoir se transporter le lendemain à Bicêtre. — « Es-tu donc fou toi-même, dit-il à Pinel, de vouloir déchaîner toutes ces bêtes féroces? » — « Non, répondit le médecin de Bicêtre, j'ai la conviction que ces malheureux ne sont aussi violents que parce qu'ils sont enchaînés. Lorsqu'ils seront libres, ils se calmeront et peut-être redeviendront-ils raisonnables. » — « Eh bien! fais comme il te plaira, » répliqua Couthon.

Vous savez ce qui advint, et chaque jour, depuis presque un siècle, nos aïeux dans la science, nos maîtres et nous-mêmes, nous n'avons été que les admirateurs, les disciples et les continuateurs de Pinel.

Mais comment, à cette heure, ce monument se trouve-t-il sur cette place? Chaque statue a son histoire, et je tiens à dire comment naquit le projet concernant le héros de cette fête.

Par une maussade matinée de printemps, un médecin et un artiste, réunis pour un portrait dans un atelier de sculpture, s'entretenaient sans animation des choses du grand art. Le statuaire citait les œuvres qu'il avait exposées au Salon, à différentes reprises, énumérait les médailles qu'il avait obtenues, et arriva tout à coup à cette confidence : « Je voudrais maintenant, dit-il, faire une belle statue pour l'une des places de Paris. » — « Qu'à cela ne tienne, lui répondit le médecin, je vous commande la statue de Philippe Pinel, brisant les fers des aliénés. Représentez-moi dans un groupe en bronze

ce que M. Tony Robert-Fleury a si bien rendu par la peinture. » L'artiste, étonné, ému peut-être, promit de se recueillir, d'aviser et de présenter promptement des esquisses et quelque chose comme un avant projet. Il avait compris, à la façon dont le médecin avait formulé sa commande, qu'il ne s'agissait pas d'un plaisant badinage d'atelier. Et, de fait, sa confiance fut loin d'être trahie, puisque nous sommes ici aujourd'hui.

Le médecin dont il s'agit était membre de la Société médico-psychologique. Il avait compté sur ses confrères et il avait bien fait. Nous allons le retrouver dans un instant, mais je dois au préalable présenter la Société médico-psychologique aux membres du corps municipal et à toute l'assistance.

Vers 1852, un petit groupe de travailleurs sérieux s'assemblait à la Faculté de médecine, dans une salle d'emprunt, et là, avec un grand zèle, se mettait à discuter sur les choses de la science et de la philosophie, sur la psychologie morbide et sur l'amélioration du sort des aliénés. Au bout de quelques mois, la clinique mentale était abordée, puis la médecine légale appliquée à la folie et aux névroses, et enfin l'organisation administrative de nos grands établissements spéciaux. Lallemand, Gerdy, Buchez, Ferrus, Adolphe Garnier, Cerise, Peisse, Alfred Maury, Parchappe, Paul Janet, Trélat, Falret, Félix Voisin, Calmeil, Moreau (de Tours), Delasiauve, Casimir Pinel (neveu), Sandras, Archambault et beaucoup d'autres, avaient répondu à l'appel d'un aliéniste éminent qui, non content d'avoir fondé un important recueil scientifique, sous le nom d'*Annales médico-psychologiques*, avait pressenti tous les services que pourrait rendre encore une Société médicale spécialisée, une Société *médico-psychologique*. Ce clinicien si remarquable, ce professeur libre si suivi et si écouté pendant plus de vingt ans, a passé trente-deux ans de sa vie à la Salpêtrière et a été l'un des continuateurs les plus ardents de Philippe Pinel. Il a eu le rare bonheur de voir survivre et prospérer toutes ses œuvres, et, à cette heure solennelle, si M. Baillarger est retenu loin de nous par quelques soins à donner à sa santé, il est présent du moins par la pensée et par le cœur. Aussi, lui adressons-nous d'ici nos respectueuses cordialités et nos vœux les meilleurs.

Sous l'inspiration d'un tel chef, la Société médico-psychologique continua depuis à travailler sans relâche. Elle est devenue l'une des Sociétés savantes les plus accréditées, et

nous avons compté ou nous comptons parmi nous des membres du Sénat, de la Chambre des députés, du Conseil municipal de Paris, de l'Institut, du Collège de France, de l'Académie et de la Faculté de médecine, des médecins des hôpitaux de Paris et la plupart des médecins des services d'aliénés du département de la Seine.

Un jour, à la séance du 23 décembre 1877, le médecin que nous avons laissé dans l'atelier d'un statuaire, monta à la tribune et soumit aux membres de la Compagnie l'avant-projet d'une statue à élever à Philippe Pinel. La Société médico-psychologique pensa qu'il était de son devoir de ne point se désintéresser dans cettte question de justice tardive et de réparation scientifique. En effet, si la Société existe elle-même et si elle compte plusieurs sœurs cadettes en Europe et en Amérique, n'est-ce point parce que Pinel a imprimé une impulsion vigoureuse à l'étude de l'homme frappé dans son intelligence et qu'il a presque créé de toutes pièces la science des maladies mentales? Une commission fut nommée et le rapport fut lu en séance le 25 mars 1878. Permettez-moi de vous citer quelques phrases de ce document important : « La France, disait le rapporteur, distraite par tant d'événements divers et peu attentive aux réminiscences attendries d'un passé lointain, a laissé sa dette s'accroître vis-à-vis de Pinel. Un siècle nous séparera tout à l'heure de la grande réforme opérée par le savant philanthrope de Bicêtre, sans que l'éclat du bienfait soit terni. Plus les troubles de la raison se multiplient, plus la science progresse, plus les asiles ouverts aux naufragés de l'intelligence s'améliorent, plus la Société médico-psychologique grandit, et plus nous devons en reporter l'honneur à Pinel, qui a tout fait, tout enseigné, tout inspiré. Nous-mêmes, les petits-fils scientifiques de Pinel, nous ne sommes que des continuateurs marchant avec notre époque et cherchant sans cesse à élargir la voie ouverte tout à coup par le génie de notre aïeul illustre.

« Le novateur de la médecine mentale a donc des droits imprescriptibles à la reconnaissance publique. »

Séance tenante, la Société vota à l'unanimité la proposition de vœu que voici :

« La Société médico-psychologique,

« Considérant que Philippe Pinel est l'une des gloires médicales les plus pures de la France, que c'est sur son initiative perspicace et hardie que sont tombées, en 1793, les chaînes des

aliénés, à Bicêtre, qu'il est le véritable fondateur de la science des maladies mentales, qu'il a formé, par son enseignement éclatant et fécond, à la Salpêtrière, un très grand nombre d'élèves qui ont propagé partout ses idées, ses réformes et ses bienfaits;

« Considérant que Philippe Pinel n'a pas été seulement une illustration dont s'enorgueillissent l'Académie des sciences, l'École de médecine et les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, mais encore qu'il a exercé une influence décisive et éminemment secourable sur une classe nombreuse de malades et de déshérités, et qu'à ce titre, il est considéré dans le monde entier comme l'un des bienfaiteurs les plus méritants de l'humanité,

« Émet le vœu qu'une statue soit élevée à Philippe Pinel, à Paris. »

Ce vœu est devenu une réalité, et il constitue en quelque sorte l'acte de naissance de la statue, le premier titre de la nouvelle propriété de la ville de Paris.

Et maintenant, Messieurs, que vous connaissez les origines du monument et les qualités des donateurs, permettez-moi de m'adresser aux représentants du corps municipal de Paris et de l'administration départementale de la Seine, et souffrez que je leur tienne ce langage : « Au nom du comité d'initiative de la statue, je vous remets gracieusement ce groupe monumental et je vous invite à en prendre possession. »

Je ne saurais descendre de cette tribune sans adresser les plus vifs remerciements aux pouvoirs publics et aux hommes qui sont venus si libéralement en aide au comité, dont les soucis et les embarras ont été parfois bien lourds.

Je remercie le gouvernement de la République française, dans la personne de M. le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts. Non seulement l'État a subventionné le groupe en bronze, mais encore les deux statues en pierre, la *Bienfaisance* et la *Science*, qui décorent le piédestal.

Je remercie le Conseil municipal de la ville de Paris, qui a souscrit avec tant d'empressement à la statue et au piédestal, et qui a bien voulu voter des fonds pour l'aménagement de la place de la Salpêtrière et même pour la décoration de cette solennité.

Je remercie le Conseil général de la Seine de la sérieuse allocation qu'il nous a accordée. Les médecins des services d'aliénés du département sont très touchés des sacrifices si

considérables que le Conseil général, si soucieux des graves intérêts qui lui sont confiés, s'impose chaque année en faveur de nos chers malades. Il est animé des sentiments les plus philanthropiques et les plus secourables. Aucune infortune ne le laisse insensible et froid. Honneur à lui !

Je remercie l'Administration générale de l'Assistance publique, qui, en souscrivant à la statue de Pinel, a voulu montrer une fois de plus dans quelle estime elle tient les médecins placés à la tête de ses nombreux services.

Je remercie le secrétaire perpétuel de l'Academie de médecine, qui a bien voulu provoquer et recueillir plus de quarante souscriptions.

Je remercie la *Gazette des hôpitaux*, dont le concours spontané nous a été si utile.

Je remercie avec une profonde émotion le statuaire, M. Ludovic Durand, dont l'œuvre magnifique est sous vos yeux, et qui s'est montré non seulement un grand artiste, mais un homme désintéressé. Il y a des services qui engagent et honorent un gouvernement ; il y a aussi une distinction qui est capable de récompenser de tels services. Nous allons attendre avec une grande et légitime impatience l'heure de la justice. Si elle ne sonne pas aujourd'hui, elle sonnera certainement demain.

Je remercie tous les souscripteurs, et je remercie enfin mes chers et honorés confrères de la Société médico-psychologique qui m'ont imposé le grand honneur de prendre la parole devant vous. *Nihil est quod malim quam me gratum esse videri.*

Et maintenant, Messieurs les représentants de la ville de Paris, daignez veiller sur le monument élevé à la gloire de Philippe Pinel. Nous l'avons lentement et péniblement édifié, nous l'avons chaque jour aimé davantage, et l'illustre vieillard est devenu de la sorte notre propre enfant. C'est tout ce que nous possédons et nous vous le donnons de grand cœur.

Éloge de Philippe Pinel, prononcé par M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique.

Messieurs,

Par une heureuse inspiration, on a complété ce monument élevé à la gloire d'un médecin par deux figures allégoriques :

la Science et la Bienfaisance. Que de choses grandes et généreuses a produites l'union de ces deux forces sociales! Certes, par la seule puissance de son esprit, le savant de génie arrive aux plus merveilleuses découvertes, et crée ces théories sublimes qui conduisent l'intelligence sur ces hauteurs sereines où elle se plaît à s'élever, mais, pour rendre à l'humanité un de ces services qui excitent la vénération des contemporains et la reconnaissance de la postérité, il faut, s'inspirant d'un sentiment élevé, féconder son savoir par un ardent amour de ses semblables; il faut être, selon l'heureuse expression de Voltaire, un « enthousiaste du bien moral ». Philippe Pinel en est un exemple éclatant.

Cet homme de bien naquit le 11 avril 1745, dans un petit village du Languedoc, à Saint-Paul, près de Castres. On le destinait à l'église; mais son ardeur pour l'étude des mathématiques et des sciences naturelles n'indiquant pas une vocation bien arrêtée, son père, modeste médecin de campagne, l'autorisa à faire ses études médicales à Toulouse. Dès qu'il fut reçu docteur, il se rendit à Montpellier, où il vécut pendant près de quatre ans, donnant des leçons pour vivre et consacrant ses loisirs à se perfectionner dans la pratique de son art sous la savante direction de Barthez. C'est là qu'il se lia de l'amitié la plus tendre avec l'un des créateurs de la chimie naturelle, avec l'illustre Chaptal.

Paris l'attirait, et l'occasion s'en présentant, il s'y rendit, léger d'argent, mais riche de savoir et d'espérance.

Ce savoir était des plus étendus : mathématiques, sciences physiques et naturelles, médecine, il avait tout appris, tout approfondi; il cultivait même avec amour les lettres et la philosophie, et avait pour la lecture des poètes cette prédilection marquée qu'ont toutes les natures délicates et élevées.

Ses débuts à Paris, où il arriva en décembre 1778, furent difficiles; une timidité insurmontable, qui était le fond de son caractère, n'était pas le moindre obstacle à son succès. Heureusement le hasard, qui fait quelquefois bien les choses, l'amena à se lier d'amitié avec le botaniste Desfontaines; grâce à lui, il entra en relations avec plusieurs savants distingués, qui apprécièrent vivement l'étendue de ses connaissances et la justesse de son esprit. C'est alors qu'il eut la satisfaction d'être admis dans la Société d'Auteuil.

De tous ces brillants salons du dix-huitième siècle, où

s'étaient élaborées et développées les idées modernes, celui de Mme Helvétius était en quelque sorte un des derniers survivants; il n'en était pas le moins sérieux. On y conservait et continuait l'esprit et l'œuvre des encyclopédistes; c'était, selon les paroles d'un historien, « une académie intime et un « institut d'entre-soi, dans lequel, par pur zèle, par pur « amour pour la science, on venait poursuivre des études « pour lesquelles on avait besoin du commerce familier de « la pensée ». Condorcet, Garat, Volney, Destutt de Tracy, Fauriel, Richerand, et la plupart des savants et des philosophes de l'époque s'y rencontraient; mais l'âme de ces réunions était Cabanis. L'affectueux et bienveillant Cabanis, que le poète Andrieux, dans un vers, a pu tout naturellement comparer à Fénélon, introduisit Pinel dans ce cénacle. Ces deux cœurs généreux étaient faits pour s'entendre; de ce commerce amical, si noble et si désintéressé, allait sortir une des plus belles réformes que notre époque ait produites.

La Révolution venait d'éclater, soufflant partout cet esprit de rénovation qui devait transformer notre société. Ce sera son éternel honneur d'avoir porté hardiment cet esprit dans les questions d'assistance publique et de s'être faite ainsi la sauvegarde des intérêts des misérables, des malades et des infirmes. L'histoire n'oubliera pas les noms des trois hommes qui, s'inspirant du célèbre rapport de Tenon, imprimèrent à ce service une direction nouvelle plus conforme aux progrès de la science et aux sentiments d'humanité. Cabanis, Cousin et Thouret, que le mouvement des affaires avait portés à la tête des hôpitaux, firent appel au dévouement de leurs amis pour les aider dans la difficile tâche qu'ils avaient entreprise. Sur les instances de Cabanis, Pinel accepta d'être nommé médecin de Bicêtre : le savant modeste et bienfaisant, qui jusqu'alors s'était tenu à l'écart, trouvait enfin une tâche digne de lui.

C'était dans les derniers mois de 1792. Bicêtre, à la fois hospice, hôpital, maison de force et de correction, présentait à cette époque le plus triste aspect. La partie réservée aux aliénés comprenait une série de loges, toutes de pierres, étroites, froides, humides, privées d'air et de lumière et ne contenant qu'un lit de paille que l'on renouvelait rarement. Ceux que l'on enfermait dans ces réduits infects étaient à la merci de leurs infirmiers, et ces infirmiers étaient des malfaiteurs que l'on tirait de la prison. Ces malheureux fous,

chargés de chaînes et garrottés comme des forçats, se trouvaient livrés sans défense à la brutalité de leurs gardiens. Les cruels traitements qu'ils subissaient, leur agitation trop souvent poussée jusqu'à la fureur, leur arrachaient jour et nuit des cris et des hurlements que rendait encore plus effrayant le bruit de leurs fers.

A ce spectacle lamentable, Pinel fut pris d'une immense pitié. Par une intuition de génie, (les grandes pensées viennent du cœur), il comprit que le seul moyen d'améliorer le sort de ces pauvres aliénés, de calmer la constante violence à laquelle ils étaient en proie, c'était l'emploi de la douceur, de la bonté et de la justice; c'était avant tout la suppression de ces moyens de contrainte, dignes de la barbarie.

Mais, en certains cas, vouloir faire le bien ne suffit pas, il faut y être autorisé. Pinel ne s'arrête pas pour si peu. Surmontant sa timidité naturelle, il se présente à la Commune de Paris, et, devant cette assemblée, il plaide la cause des malheureux confiés à ses soins, il fait appel à tous les sentiments dont son cœur déborde pour convaincre ses auditeurs et, à la manière dont on l'écoute, il croit avoir cause gagnée, lorsqu'une voix l'interrompt :

— « Citoyen, dit-elle, j'irai demain à Bicêtre te faire une « visite; mais malheur à toi, si tu nous trompes, et si, parmi « tes insensés, tu recèles des ennemis du peuple ! »

Celui qui parlait ainsi, était Couthon.

Le lendemain, le terrible conventionnel se rend à Bicêtre; plein de défiance, il veut tout voir, interroger lui-même les aliénés les uns après les autres; partout il ne recueille que les injures les plus grossières; partout il n'entend que cris et vociférations. Impatienté de la monotonie d'un tel spectacle, il se retourne vers Pinel :

— « Ah ça ! citoyen, lui dit-il, es-tu fou toi-même, de vou« loir déchaîner de pareils animaux ?

— « Citoyen, lui répond celui-ci, j'ai la conviction que ces « aliénés ne sont si intraitables que parce qu'on les prive d'air « et de liberté, et j'ose espérer beaucoup de moyens tout « différents.

— « Eh bien ! fais en ce que tu voudras, je te les abandon« ne; mais j'ai grand'peur que tu ne sois victime de ta pré« somption. »

Se croyant suffisamment autorisé par ces paroles de Couthon, Pinel, sans perdre un instant, se met, le jour même,

à l'œuvre. Il entre seul dans les loges, aborde avec calme les aliénés, quelle que soit leur fureur, leur prodiguant des paroles de consolation et d'espérance ; puis, les délivrant des pesantes chaînes qui les retiennent, il leur donne la liberté de se promener et le moyen de respirer un air plus pur que celui de leurs cachots. Quarante malheureux qui gémissaient sous le poids des fers depuis de nombreuses années, furent ainsi rendus à la lumière du jour. L'un d'eux, qui était resté dix-huit ans enfermé dans une cellule obscure, fut pris d'une sorte de ravissement, lorsqu'il put contempler les premiers rayons du soleil : « Ah ! qu'il y a longtemps, s'écria t-il, que je n'ai vu « une si belle chose ! »

Les heureux résultats de cet acte philanthropique ne se firent pas attendre : l'état d'effervescence, entretenu par l'emploi de procédés barbares, se dissipa progressivement ; au tumulte et au désordre succédèrent bientôt le calme et l'harmonie. « L'usage gothique des chaînes de fer » avait fait son temps ; une ère nouvelle venait de s'ouvrir pour les aliénés, celle de la bonté, de la douceur et de la bienveillance. Ceux qu'on avait traités jusque-là comme des parias de la société, qu'on avait craints comme des bêtes fauves, se trouvaient enfin réhabilités et définitivement élevés à la dignité de malades.

Tout l'honneur de cette grande réforme revient à Pinel ; mais, à l'exemple de ce bienfaiteur de l'humanité, aussi juste que bon, nous devons rappeler la part qu'y a prise son modeste et dévoué collaborateur, le surveillant Pussin. Cet homme peu cultivé, mais d'un cœur tendre et compatissant, fut l'auxiliaire le plus précieux et le plus fidèle du Maître : jamais il ne faillit à son devoir, jamais son zèle ne se ralentit, quelque difficile, quelque pénible même que fût la tâche à remplir.

Après deux ans de séjour, ou plutôt de complète abnégation de soi-même, Pinel quitta Bicêtre, non ponr se reposer, mais pour porter à l'hospice de la Salpêtrière l'heureuse révolution qu'il venait d'opérer. Là il trouva les mêmes abus, les mêmes atrocités ; il eut à vaincre bien des difficultés et, le dirai-je ? à combattre certaines résistances. Sa calme obstination sut venir à bout de tout ; résistances et difficultés furent surmontées, et les chaînes des folles de la Salpêtrière tombèrent comme étaient tombées celles des fous de Bicêtre.

Pour rendre la réforme plus complète et plus efficace, un progrès important restait à faire.

Lorsque, dans Paris, un individu était pris d'un accès de folie, on le dirigeait d'abord sur l'Hôtel-Dieu. Quelle que fût la forme de son délire, il y était soumis à des saignées répétées, y prenait force bains et douches ; parfois, on lui administrait quelques grains d'ellébore ou quelque antispasmodique. On conçoit aisément les résultats déplorables d'un traitement aussi informe que peu rationnel. Après un ou deux mois d'un tel régime, que de malades tombaient dans le plus complet état de stupeur, présentant tous les symptômes de l'anéantissement des fonctions physiques et morales ! En s'élevant contre une médication aussi peu scientifique, Pinel critiqua surtout la phlébotomie obligatoire dans la folie ; et, indiquant le remède à côté du mal, il réclama la suppression du traitement préalable de l'Hôtel-Dieu et demanda le transport immédiat des malades dans les hospices d'aliénés, pour y recevoir des soins plus humains et plus conformes à la nature de leur affection. Il n'eut ni paix, ni trêve jusqu'au jour où les pouvoirs publics, lui donnant gain de cause, adoptèrent une organisation nouvelle.

De telles améliorations, en profitant aux malades, servaient aussi la science. L'observation de la folie, rendue plus facile, permettait de mieux la connaître, d'étudier de plus près ses formes si variées. Pinel acquit ainsi cette expérience éclairée, ce grand sens clinique, qui caractérisent son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Ce livre fait époque dans la science. On ne le relit pas aujourd'hui sans une certaine émotion : savoir profond et étendu, descriptions exactes et précises, style austère et grave, tout y est réuni pour satisfaire l'esprit ; mais le cœur est profondément saisi, lorsqu'on arrive aux chapitres où l'auteur, traçant les règles à suivre dans le traitement moral de la folie, raconte avec une éloquente simplicité les réformes qu'il a accomplies et indique celles qu'il espère du progrès des connaissances. Ces pages, tout empreintes du sentiment humanitaire de la philosophie du dix-huitième siècle, sont comme la déclaration des droits de l'aliéné à la sympathie universelle et des devoirs du médecin envers ce blessé de l'intelligence.

A côté du philanthrope et de l'aliéniste, il y avait en Pinel le savant au vaste esprit de généralisation. Portant la méthode analytique et le procédé de la nomenclature dans l'étude de la médecine, il s'est appliqué à grouper, dans sa *Nosographie philosophique*, les maladies, à la manière des

naturalistes, par classes, ordres, genres et espèces. Cet ouvrage, que les progrès de la science ont jeté dans l'oubli, eut, à l'époque, un immense retentissement; il devint bientôt classique et son auteur prit rang parmi les médécins les plus renommés de l'Europe. Par le nombre et la valeur de ses disciples, il se trouva placé à la tête d'une école médicale que l'on appela l'école de Pinel, par opposition à l'école de la Charité, dont le chef était l'illustre Corvisart. Pinel recevait ainsi la récompense la plus chère que puisse désirer le penseur.

Cet homme, si digne de son siècle et par le cœur et par l'esprit, vit venir à lui les honneurs, sans qu'il les ait recherchés. Nommé successivement professeur de la Faculté de médecine, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, il ne voulut jamais quitter son poste de médecin des aliénés de la Salpêtrière. Pendant plus de trente ans, il demeura dans cet hospice, sans cesse occupé d'améliorer le sort de ses malades; il y mourut, le 25 octobre 1826, âgé de plus de quatre-vingt-un ans, entouré de la vénération universelle et de l'affection de tous les malheureux qu'il avait secourus.

La mémoire de Pinel est restée vivante et pure, comme celle de l'homme de bien. S'il mérite la reconnaissance de tous pour la réforme sociale à laquelle son nom restera attaché, il a tout particulièrement droit à la gratitude des médecins. N'est-ce pas lui qui nous a ouvert la voie? N'est-il pas notre premier maître en aliénation mentale? Semblable au Virgile du Dante, il nous a servi de guide dans ces ténébreux séjours de la douleur et des larmes; il a excité notre compassion en nous faisant assister aux souffrances et aux anguisses des malheureux fous, enchaînés comme des malfaiteurs; mais, plus heureux que le poète, il lui a été donné de soulager ces grandes infortunes, il a délivré les aliénés de leurs fers et porté le calme et l'espérance dans des cœurs endoloris où ne régnaient que le désespoir et la crainte; il a fait plus encore: il a prouvé que la folie, cette maladie réputée incurable, pouvait être vaincue par un traitement rationnel et humain; aussi, cette tâche bienfaisante terminée, Pinel put effacer du fronton de ces sombres demeures la sinistre inscription: « O vous qui entrez, laissez toute espérance! » Cette œuvre est grande et belle! L'homme illustre qui l'a accomplie a bien mérité de la Science et de l'Humanité!

Discours de M. Pichon, membre du Conseil municipal.

Messieurs,

Ce n'est pas à ceux qui ont eu l'idée d'élever cette statue que l'on fera le reproche d'avoir exagéré l'hommage dû par la postérité aux hommes qui l'ont bien servie. L'éclat et la spontanéité de cette manifestation, que nous remercions la Société médico-psychologique d'avoir fait coïncider avec notre fête nationale, témoignent que le souvenir et la reconnaissance des bienfaits de Pinel ne s'effaceront pas.

S'il est vrai que les grands hommes doivent être classés d'après la justice qu'ils ont fait entrer dans le monde, une place d'honneur ne revient-elle pas parmi eux au savant, au philosophe, qui a fait plus que de prêcher l'horreur de la violence, qui lui a substitué, dans la pratique, le respect du droit du faible, la tolérance et l'humanité ?

L'inauguration de la statue de Pinel est comme la fête de la bienfaisance. D'autres ont loué la science du médecin : il est au rang des plus illustres ; mais sa gloire est, par dessus tout, d'avoir appliqué, dans sa profession, des idées qui font de la philosophie du dix-huitième siècle l'initiatrice du droit moderne et la souveraine émancipatrice.

N'est-ce pas un ami de Pinel, le grand Condorcet, qui donnait pour règle à cette philosophie le sentiment de l'humanité, « c'est-à-dire celui d'une compassion tendre, active, pour tous les maux qui affligent l'espèce humaine, d'une haine pour tout ce qui, dans les institutions publiques, dans les actes du gouvernement, dans les actions privées, ajoute des douleurs nouvelles aux douleurs inévitables de la nature ? » N'est-ce pas l'auteur de l'admirable *Tableau des progrès de l'esprit humain* qui dénonçait l'insouciance barbare qui immolait dans les hôpitaux tant de victimes humaines ?

Diderot avait déjà dit dans l'*Encyclopédie* : « Le noble et sublime enthousiasme de l'humanité se tourmente des peines des autres et du besoin de les soulager ; il voudrait parcourir l'univers pour abolir l'esclavage, la superstition, le vice et le malheur..... il se plaît à s'épancher par la bienfaisance sur les êtres que la nature a placés près de nous. J'ai vu cette vertu, source de tant d'autres, dans beaucoup de têtes et dans fort peu de cœurs. » Cette passion, qui ne s'enflamme pas dans une âme vulgaire, Pinel l'avait à la fois dans la tête et dans le cœur !

La Convention nationale, qui poursuivait au milieu des plus affreux déchirements, des difficultés les plus écrasantes de la guerre étrangère et de la guerre civile, son œuvre de régénération sociale, et qui s'entourait, pour la mener à bien, de tous les grands esprits, ne pouvait manquer de faire appel aux lumières et au dévouement de l'émule des Hallé, des Corvisart et des Cabanis.

Ce fut elle qui le nomma successivement médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière. Il put accomplir ainsi, dans le traitement des malades atteints d'aliénation mentale, la révolution qui est l'éternel honneur de sa vie et qui a supprimé d'une façon définitive les pratiques de barbarie, alors en usage dans les hôpitaux.

Ce fut encore la Convention nationale qui l'appela à l'une des premières chaires de la Faculté de médecine réorganisée et qui lui permit de donner à son enseignement toute sa portée, tout son rayonnement et toute son autorité.

Il fallait que cela fût dit devant cette statue, autant pour glorifier Pinel que pour rendre justice à l'Assemblée qui l'a choisi l'un des premiers, pour contribuer à la reconstitution morale de la Patrie.

C'est surtout lorsqu'on songe au nombre prodigieux de grands hommes qui ont, par leurs travaux, leurs méditations et leur luttes, préparé pendant l'épopée révolutionnaire les destinées glorieuses du monde nouveau, que l'on est tenté de redire le mot de Michelet :

« Le vertige me vient à regarder la scène de tant d'êtres, hier morts, aujourd'hui si vivants créateurs ! »

BIBLIOGRAPHIE

Sur l'interprétation de la quantité dans l'encéphale et dans le cerveau en particulier, par le Dr L. Manouvrier. (*In Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, 2e série, tome III, 2e fascicule.)

M. Manouvrier qui, par ses nombreux et excellents travaux, a su conquérir une place distinguée dans la jeune école anthropologiste, vient de publier un nouveau travail dans lequel il étudie les principaux faits relatifs au développement quantitatif de l'encéphale. Ce mémoire contient le résultat

partiel d'une série de recherches d'anatomie philosophique sur les caractères du crâne et du cerveau. On pourra juger l'importance des documents qu'il renferme par l'analyse suivante que nous avons essayée de faire aussi courte et néanmoins aussi complète que possible.

L'évaluation quantitative de l'encéphale peut être faite soit en le pesant, soit en mesurant la capacité crânienne. L'auteur commence par établir la valeur des pesées et des séries cérébrales et il montre que, par suite des altérations du poids de l'encéphale causées par la sénilité, les maladies et la mort, la capacité crânienne représente d'une façon plus fixe que ce poids le développement atteint par le cerveau à l'âge adulte.

Quoiqu'il en soit on admet généralement que le degré de l'intelligence paraît être en rapport avec le poids de l'encéphale; c'est du moins la conclusion qui s'impose quand on envisage l'ensemble des faits, quand on examine en bloc les chiffres nombreux qui ont été recueillis sur le poids de l'encéphale dans les différentes espèces de vertébrés par un grand nombre d'auteurs; mais, si l'on descend dans le détail, il semble qu'il n'y ait entre ces deux choses, le poids de l'encéphale et le degré de l'intelligence, qu'une relation lointaine. Or, M. Manouvrier pense que l'anatomie comparative est susceptible de conduire à des résultats plus précis que les conclusions classiques. Étudiant donc comparativement le poids de l'encéphale dans la série des vertébrés, l'auteur montre qu'il existe non seulement un rapport entre le poids du cerveau et le degré de l'intelligence, mais encore entre le poids du cerveau et la masse du corps; chacun de ces rapports se trouve seulement dissimulé par l'autre, mais est assez indépendant pour ressortir dans la plupart des cas. M. Manouvrier établit encore que les variations du poids de l'encéphale correspondent aux variations d'intensité et de complexité des fonctions encéphaliques. Si on examine de plus près les variations pondérables de l'encéphale dans la série zoologique, on voit qu'elles correspondent toujours soit à des variations dans la masse des divers appareils en rapport avec les centres nerveux supérieurs, soit à des variations dans la nature et dans le nombre de ces appareils, soit à des variations dans leur énergie physiologique, soit à ces diverses causes réunies, qui se groupent différemment suivant les classes, les ordres, les genres, les espèces, et même suivant les individus.

M. Manouvrier fait alors une analyse comparative de l'influence des divers appareils organiques sur l'intelligence et sur le développement cérébral ; en passant il fait remarquer avec raison que le degré de l'intelligence ne dépend pas seulement de conditions organiques, mais aussi et beaucoup de conditions antérieures absolument indépendantes (instruction, éducation, etc.). En résumé le développement intellectuel est subordonné à la variété, à la complexité, à la généralité des relations statiques et dynamiques établies entre le cerveau et le reste de l'organisme ou le monde extérieur ; le développement cérébral est subordonné à l'activité nutritive du cerveau et aux sollicitations d'origine organique ou extérieure, d'où résultent la prolifération et l'individualisation des éléments nerveux.

Comme on le voit, de ce qui précède on est amené à conclure que le poids absolu de l'encéphale et du cerveau particulièrement varie : 1° sous l'influence de causes diverses qui président au développement intellectuel ; 2° sous l'influence de la masse organique des organes en rapport avec le cerveau, masse dont l'intelligence est à peu près complètement indépendante. Ces deux influences peuvent s'ajouter l'une à l'autre ou bien se contrarier mutuellement. M. Manouvrier examine à ce point de vue les variations du poids encéphalique dans la série zoologique, puis dans l'espèce humaine. Dans celle-ci, il étudie les variations ethniques, les variations ethniques évolutives, les variations suivant la taille, le poids du corps, le poids du squelette, les variations suivant les sexes, les âges, les variations dans diverses catégories d'individus : idiots, aliénés, assassins, hommes distingués.

Abordant dans un dernier chapitre l'étude du poids relatif de l'encéphale, M. Manouvrier fait voir que l'accroissement de la masse organique, qui est une cause d'élévation du poids de l'encéphale, est une cause d'abaissement de son poids relatif, en sorte que ce poids relatif ne peut pas plus que le poids absolu de l'encéphale donner la mesure exacte de l'intelligence. L'évaluation quantitative exacte de l'intelligence est, du reste, un problème absolument parlant irrésoluble, même en théorie. Néanmoins, dans l'état actuel de la science, on peut évaluer jusqu'à un certain point le degré du perfectionnement cérébral quantitatif, en isolant l'influence de la masse organique sur le poids du cerveau. Pour ce faire, il faut d'abord évaluer cette masse, et le meilleur

moyen d'y arriver consiste, d'après les recherches de M. Manouvrier, à représenter cette masse par le poids du squelette ou plus facilement par le poids d'un fémur ou d'un humerus.

Ch. VALLON.

Études cliniques sur les aliénés dangereux, dits criminels, par le Dr LOUIS JEAN. (Th. de Paris, 1885.)

Cette thèse, faite sous l'inspiration du Dr Doutrebente (de Blois), contient 19 observations inédites, relatant des faits d'aliénation mentale, ayant conduit à des actes dangereux ou criminels. Ces observations intéressantes se rapportent pour la plupart à des malades atteints du délire de persécution, Des malformations crâniennes grossières, appréciables à première vue, ont été rencontrées dans le tiers des cas. Parmi ces sujets observés, il s'est rencontré dix-sept hommes et seulement deux femmes, alors que dans l'asile de Blois le nombre des aliénés femmes est de beaucoup supérieur à celui des hommes; l'auteur attribue cette différence à la rareté des habitudes alcooliques chez la femme des pays agricoles, habitudes très répandues au contraire dans le sexe masculin. L'auteur étudie ensuite les diverses opinions émises sur la question des aliénés dits criminels et résume habilement les diverses idées émises à ce sujet en France et à l'étranger. Sans prendre expressément parti pour ou contre ces opinions, il se rallie volontiers aux idées adoptées dans la nouvelle loi sur les aliénés, étudiée en ce moment par les Chambres. D'après cette loi, les condamnés à des peines infamantes, qui deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine, seraient conduits dans des quartiers spéciaux d'aliénés, annexés à des établissements pénitentiaires. Quant aux aliénés criminels, ils seraient conduits dans des asiles spéciaux, avec la faculté d'être transférés dans les asiles départementaux ordinaires sur la proposition motivée du médecin traitant.

H. G.

Le sommeil et les rêves, par J. DELBOEUF, professeur à l'Université de Liège. Paris, Félix Alcan, 1885.

L'auteur n'envisage les phénomènes du sommeil et des rêves qu'à deux points de vue : celui de la certitude et celui de la mémoire. Pour lui, le rêve n'est que l'impression indélébile, dans la nature organisée et sensible, des traces des événements passés. Il fait comprendre que, dans le monde

de la pensée, rien ne s'oublie, que tout s'inscrit, s'emmagasine dans la mémoire, pour constituer l'expérience du passé. De ce chaos informe, sortent de temps en temps des souvenirs, qui n'alimentent pas seulement les rêveries de l'état hypnagogique, mais encore les rêves, et ceux-là mêmes dont nous ne nous souvenons pas d'abord au réveil, mais qu'un événement fortuit vient seul révéler plus tard à la conscience. C'est un cas de ce genre qui a servi de point de départ au travail, d'ailleurs très savant, de M. Delbœuf, auquel on ne peut faire qu'un reproche, sans doute bien léger à ses yeux : celui d'avoir envisagé son sujet, trop en psychologue, et pas assez en physiologiste. B.

JOURNAUX FRANÇAIS

UNION MÉDICALE.

(Année 1885.)

De quelques troubles morbides pouvant indiquer l'épilepsie, par le docteur Charpentier. (N° 65). — L'auteur communique un certain nombre d'observations, où l'épilepsie, méconnue du malade et de son entourage, a pu être diagnostiquée par la simple opposition de différents troubles morbides, tels que : surdité subite et transitoire, ecchymose sous-conjonctivale, tremblement intérieur de la poitrine, douleurs viscérales passagères, vomissements sans vertige, douleurs des membres contusives et de courte durée, embarras gastrique à répétition.

Essai de localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée par le docteur Hallopeau. (N° 68.) — Observation d'une cécité subite et complète avec agitation choréiforme dans les membres du côté gauche et mouvements de rotation, chez un malade atteint de rétrécissement aortique. L'auteur rapporte l'apparition de ces désordres à une embolie dans une des artères qui se distribuent aux tubercules quadrijumeaux du côté droit.

Contribution a l'étude des localisations cérébrales. — Hemianesthésie par traumatisme. — Trépanation du crane, par le professeur Domenico Morisani (N° 70.)

LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES DE L'HERPÉTISME, par le docteur LANCEREAUX. (N° 77.) — Ischémie, ramollissement et hémorrhagie, tels sont les trois chefs sous lesquels on peut grouper les désordres cérébraux des athéromateux. Ces divers accidents ne doivent pas être regardés comme des maladies diverses, mais comme des localisations ultimes d'un même état général, qu'atteignent l'encéphale. Le traitement en pareil cas est à peu près impuissant. Le rôle du médecin est de prévoir les conditions pathogéniques de ces désordres, à savoir l'athérome, diagnostiquer assez tôt et traiter à son origine cette localisation pathologique.

PARALYSIES TOXIQUES ET PARALYSIE ALCOOLIQUE ; CARACTÈRES ET ÉVOLUTION DE CETTE DERNIÈRE. — INDICATIONS PRONOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES, par le docteur LANCEREAUX. (N° 96.) Les paralysies liées à l'action des substances toxiques présentent certains caractères communs : localisation plus spéciale de la paralysie aux extrémités des membres, surtout aux inférieurs; tendance de cette paralysie à s'étendre progressivement vers la racine du membre ; symétrie à peu près parfaite. Il faut ajouter également certains troubles vaso-moteurs et certaines perversions observées dans la sphère de la sensibilité. Quant à la paralysie alcoolique, elle peut se présenter sous trois formes principales. 1° Une forme à évolution rapide et progressive; cette paralysie a de la tendance à se généraliser, elle rappelle cliniquement les myélites subaigues, son pronostic est à peu près fatal. — 2° Une forme à marche subaigue, cette paralysie peut rétrocéder et guérir. — 3° Une forme chronique, ordinairement limitée aux extrémités inférieures, dont la durée est très longue et la guérison assez habituelle.

FRANCE MÉDICALE

(Année 1885.)

PARALYSIE MOTRICE CONSÉCUTIVE A UNE INJECTION HYPODERMIQUE D'ÉTHER, CHEZ UNE CHOLÉRIQUE, par M. DESCHAMPS. (N° 50.)

UNE OBSERVATION DE GASTROXIE NERVEUSE, par M. PAUL LE GENDRE. (N° 54.)

OBSERVATIONS D'ATAXIE ALCOOLIQUE. GUÉRISON, par M. BARBE. (N° 60).

TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE DES YEUX PAR LE SALICYLATE DE SOUDE, par le docteur DUBOUSQUET LABORDERIE. (N° 74.)

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

(Année 1885.)

L'HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME COMPARÉE A L'HYSTÉRIE CHEZ LA FEMME par M. GUINOU. (N° 20.) M. Guinou insiste sur l'analogie de l'hystérie dans les deux sexes, non seulement dans sa forme ordinaire, mais encore dans ses formes anormales. La seule différence qu'il ait remarquée, c'est l'absence d'idées gaies chez l'hystérique mâle. Un certain nombre d'entre eux sont sombres et taciturnes dans l'intervalle des crises ; tous pendant l'attaque sont furieux et chez aucun on ne constate ce délire gai, souvent érotique, qui caractérise fréquemment la période des attitudes passionnelles chez la femme.

FRACTURE SPONTANÉE AU DÉBUT DU TABES. CONSOLIDATION RÉGULIÈRE DES FRAGMENTS par M. DUTIL. (N° 24.)

MÉNINGITE TUBERCULEUSE, ÉVOLUTION ANORMALE par M. MAUBRAC. (N° 27.)

OSTÉITE TUBERCULEUSE DE ROCHER. — PACHYMÉNINGITE DE VOISINAGE. — COMPRESSION DU NERF TRIJUMEAU. — PHÉNOMÈNES DIVERS DANS LA ZONE DE CE NERF. MORT. Observation présentée par M. PICQUÉ. (N° 28.)

GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

(Année 1885)

APHASIE ET MÉNINGITE TUBERCULEUSE CHEZ UNE FILLETTE DE DIX ANS par M. le docteur CAYLA. (N° 13.)

SUR UN CAS DE MÉNINGO-MYÉLITE RAPIDE A FORME PARAPLÉGIQUE CONTRACTURANTE par M. le Docteur BOURDALÉ. (N° 20.)

JOURNAUX ALLEMANDS

ARCHIV FUR PSYCHIATRIE, XV BAND, 5 HEFT.

CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE ET A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE par ZECHER.

L'auteur communique trois cas de paralysie générale, dans lesquels on rencontrait des symptômes spinaux avec accès spasmodiques. Après avoir étudié la marche de la maladie et pratiqué l'autopsie, Zacher croit pouvoir poser les conclusions suivantes : le complexus symptomatique (affection

spinale à forme spasmodique) peut être produit par les lésions des régions motrices de l'écorce cérébrale ou être due à une complication médullaire, caractérisée par les lésions des cordons pyramidaux. Il est vraisemblable que dans la paralysie générale ce sont les premières lésions qui prédominent. Elles entraînent avec elles une exagération des phénomènes reflexes, déterminant ainsi les symptômes décrits. H. G.

GEDENKTAGE DER PSYCHIATRIE ALLER LANDER
Berlin 1885

Ephémérides de la psychiatrie pour tous les pays par le Dr H. Laehr.

Cette brochure nous présente pour chaque jour de l'année l'indication d'un fait historique plus ou moins important, ayant trait aux études psychiatriques. L'auteur a bien voulu souligner lui-même les dates qui se rapportent à la psychiatrie française. Le travail de Laehr serait d'une grande aridité, si on venait à le lire d'une seule fois. Heureusement, grâce à l'attention gracieuse de l'auteur, nous avons pu constater en quelques instants quelle place importante tiennent les éphémérides françaises dans ce recueil. On y trouve notées avec soin la naissance et la mort des aliénistes célèbres et la fondation des principaux asiles de notre pays. Des tables placées au commencement de l'ouvrage, permettent de retrouver dans le corps du livre les noms et les faits importants de la psychiatrie. Ce travail, qui a dû coûter beaucoup de temps à l'auteur, mérite à tous égards d'être consulté. H. G.

ARCHIV FUR PSYCHIATRIE, XV BAND, 2 HEFT.

Accès intermittent d'érotomanie par le Dr Anjel.

Ce travail contient deux observations très intéressantes. La première est celle d'un homme de 45 ans, appartenant aux classes aisées de la société. Cet homme, bien marié, est père de plusieurs enfants et a toujours été doué d'un caractère très énergique. De temps en temps, cet homme présente des accès dans lesquels il se montre alors sous un aspect tout nouveau. Il devient irritable, il ne sait plus grouper ses idées. Dans cet état, il éprouve alors un besoin irrésistible de rechercher les petites filles, de leur tenir des propos indécents et de découvrir devant elles ses organes génitaux. Par crainte d'un scandale possible, il se garde de faire approcher les enfants près de lui, quoiqu'il reconnaisse en éprouver une grande envie. Cet état dure de 8 à 14 jours. Le malade a l'ha-

bitude de rester pendant tout ce temps là dans sa chambre; car il a absolument conscience des dispositions morbides de son état mental. La guérison survient brusquement, le malade devient somnolent, et, après avoir dormi 24 heures, il rentre dans l'état normal et garde le souvenir absolument net de ce qui lui est arrivé. Il sent venir son attaque et la reconnaît à la perte du sommeil et à certains signes du côté du tube digestif. On a déjà constaté des intervalles de 5 mois entre deux accès. D'ordinaire l'intervalle entre les deux accès est moins considérable. Pour Anjel, ce cas doit être rapporté à l'épilepsie larvée et l'excitation génitale particulière remplace dans cette observation un accès convulsif.

La seconde observation a trait à une femme, déjà sur les confins de la ménopause. Les antécédents héréditaires sont très chargés et la malade a souffert pendant plusieurs années du petit mal, avec troubles mentaux consécutifs aux attaques. Aujourd'hui elle présente des phénomènes érotiques intermittents, survenant au moment des règles. Elle recherche la compagnie des petits garçons et ressent un désir violent de toucher leurs parties genitales. Cette seconde observation est évidemment à rapprocher de la précédente. Mais ici le diagnostic d'épilepsie est beaucoup plus net que dans la première.

H. G.

BERLINER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

XXI Jahrgang, n° 47.

SUR UNE PSYCHOSE, CAUSÉE par L'USAGE DU CHLORAL par KIRV.

L'auteur signale des symptômes d'un état psychique anormal, s'étant développé après un abus longtemps prolongé du chloral. Cet état était caractérisé par une grande irritabilité de caractère, par de la faiblesse de la volonté et par une incapacité complète de se débarrasser de son habitude. A la suite de la suppression du médicament, on vit survenir des phénomènes hallucinatoires et une dépression intellectuelle très prononcée. Après deux mois de traitement, l'état mental s'améliora; mais on vit survenir de nouveau des accès d'asthme, pour lesquels le chloral avait été prescrit. On peut donc, avec Hirv, admettre à la suite de l'administration du chloral des troubles circulatoires de l'encéphale, analogues à ceux qui ont été si souvent décrits dans le morphinisme.

H. G.

NOUVELLES

Nominations et promotions. — *Arrêté du 25 Février 1885.* M. Denizet a été nommé directeur de l'asile du Mans, (4e classe, 4000 fr.) en remplacement de M. le Dr Aubry, mis en disponibilité.

Arrêté du 21 Mars 1885. — M. le Dr Fusier a été nommé directeur-médecin honoraire de l'asile de Bassem. — M. le Dr Nolé, médecin adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), a été nommé au même titre à l'asile de Dijon par permutation avec M. le Dr Garnier.

Arrêté du 4 Juillet 1885. — M. le Dr Vallon (Charles), ex-chef de clinique des maladies mentales à la faculté de médecine de Paris et médecin adjoint à l'asile Sainte-Anne, a été nommé médecin en chef de la division des hommes à l'asile de Villejuif (Seine) (emploi nouveau) et placé dans la 3e classe du cadre. La Direction de l'*Encéphale* est heureuse de féliciter ici son secrétaire dont les titres justifiaient parfaitement ce choix.

Société Royale de médecine publique de Belgique. — Depuis 1880 cette société provoque annuellement une réunion générale du corps médical, à laquelle elle convie également les spécialistes qui peuvent aider à l'élucidation des sujets mis à l'étude.

Ces réunions périodiques sont définitivement entrées dans les mœurs du corps médical qui s'est habitué à les honorer de son patronage et à y trouver l'occasion de formuler sa manière de voir sur les questions d'hygiène qui sollicitent le plus vivement son attention.

La réunion de 1885 revêt un caractère tout particulier par l'extrême opportunité du sujet à traiter.

L'assemblée plénière de la Société tiendra exceptionnellement ses assises à Anvers.

La question, soumise à la haute approbation de Sa Majesté, est ainsi libellée :

« *Quelles sont, dans l'état actuel de la science épidémiologi-*

que, les mesures de prophylaxie internationale les plus pratiques à prendre, en Belgique spécialement, contre les maladies pestilentielles ? »

La société convoque à ce congrès national, outre ses membres régnicoles, ses correspondants étrangers, parmi lesquels figurent les plus célèbres épidémiologistes. Le Bureau est autorisé à y inviter également les médecins, pharmaciens et médecins vétérinaires du pays ne faisant point partie de l'association, ainsi que toutes autres personnes qui, par leurs connaissances spéciales, peuvent éclairer les débats.

Société de médecine mentale de Belgique. — La Société de médecine mentale de Belgique tiendra une réunion extraordinaire à Anvers, à l'occasion de l'exposition universelle, du 7 au 9 septembre 1885. Les séances du matin seront consacrées à la discussion des deux questions suivantes : 1° *Établir les bases d'une bonne statistique internationale des aliénés ;* 2° *Relations entre la criminalité et la folie.* Les séances de l'après-midi seront réservées pour les communications.

Du 11 au 12 septembre se tiendra également à Anvers *un Meeting international contre l'abus des boissons alcooliques.*

S'adresser pour les conférences de médecine mentale à M. le Dr Ingels à Gand et pour celles sur l'alcoolisme à M. le Dr Moeller, rue Montoyer, à Bruxelles.

Société de médecine a Toulouse. — Dans sa séance solennelle de mai 1885, la Société a proposé le sujet suivant pour un prix à décerner en 1887. « *Des troubles de l'intelligence et et de la sensibilité dans le tabes dorsalis.* » Le prix est de la valeur de 300 francs.

Conditions générales du Concours. — Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, seront seuls admis à concourir. Ils devront être adressés *franco* à M. le Secrétaire général de la Société de médecine, rue des Lois, 30, avant le premier janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise, qui sera répétée sur une enveloppe cachetée, contenant le nom de l'auteur.

Les mémoires, dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une autre compagnie savante, ne seront pas admis à concourir.

Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété; toutefois les auteurs peuvent en faire

prendre copie à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au secrétaire général.

La séance publique annuelle, dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours, a lieu invariablement du 1er au 15 mai.

Modèle d'un cerveau. — Dans la séance du 30 juin dernier, M. Luys a présenté à l'Académie de médecine, tant en son nom personnel qu'en celui de Mme Vasilicos et de M. le Dr Descourtis, auteur de ce travail, le modèle en plâtre d'un cerveau humain.

Ce modèle, grandi environ quatre fois, est la représentation exacte d'un cerveau naturel, qui a servi de type et qui a été modelé lui-même sur la nature. Il mesure, suivant son diamètre antéro-postérieur, 65 centimètres, et suivant son diamètre vertical, 39 centimètres.

C'est la première fois qu'un pareil travail a été exécuté en France dans ces conditions. Il existe bien dans le musée de la Société d'Anthropologie un modèle analogue de cerveau en plâtre, fait sous la direction de Broca; mais ce modèle n'est pas la reproduction d'un cerveau naturel, c'est une synthèse d'éléments multiples empruntés à des cerveaux différents, destinée à former un cerveau idéal conforme aux descriptions classiques.

Ce cerveau, à cause de l'apparence naturelle qu'il présente, offre de grands avantages pour la vulgarisation dans les cours publics, des différents détails si ardus de la topographie cérébrale, d'autant plus qu'il peut être reproduit à un nombre indéfini d'exemplaires. Il s'impose en quelque sorte de lui-même aux yeux, à l'aide des colorations diverses affectées à chaque circonvolution, et donne dans son ensemble une idée aussi nette que possible de la réalité des choses.

NÉCROLOGIE

Le professeur Miraglia est décédé le 14 mars dernier à Naples, où il vivait retiré depuis qu'il avait abandonné ses fonctions de médecin en chef du manicome d'Avena.

Le Dr Buccola, privat-docent de psychiatrie à l'Université de Turin, est décédé dans cette ville le 5 mars dernier. Le Dr Buccola a publié d'importants travaux dans la *Rivista di philosophia scientifica*, dont il était le rédacteur en chef et dans la *Rivista sperimentale di frenatria* du Dr Tamburini.

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer. — Août 85.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

NEVROSE VASO-MOTRICE

Par M. le Dr FERRAND, médecin de l'hôpital Laënnec.

et M. LÉONARD, interne du service

Les malades atteintes de nervosisme sont trop souvent l'objet du découragement de la thérapeutique, mais par contre, elles sont souvent d'un grand intérêt clinique, soit en elles-mêmes, soit par les relations pathogéniques que les troubles nerveux affectent entre eux ou avec les autres symptômes. Telle est la malade qui fait l'objet de cette étude.

Le caractère manifestement nerveux des troubles vaso-moteurs qu'elle a présentés à l'observation, la répétition multiple de ces accidents et leur multiplication sur les points les plus divers de l'économie, leurs transformations et enfin la façon dont ils se rattachent à un trouble nutritif, aussi général que profond, telles sont les considérations que cette observation nous suggère.

Grâce aux travaux de Cl. Bernard, de Brown-Séquard, de Longet *(Traité de physiologie)* de Schiff et de Legros, (Th. concours) on ne peut douter actuellement de l'importance fonctionnelle des vaso-moteurs. Les belles expériences de physiologie expérimentale de M. A. Vulpian

ont imprimé un nouvel essor à ces connaissances déjà si étendues et permis ainsi, bien souvent, de diagnostiquer des maladies, qui tout d'abord paraissaient bien difficiles à reconnaître, d'interpréter certains symptômes dont la pathogénie était jusqu'alors ignorée, d'instituer enfin un traitement. Le cas dont nous allons parler en est un fort bel exemple ; il s'agit d'une jeune fille qui présente des rougeurs cutanées disparaissant et reparaissant tour à tour, et de petites hémorrhagies du côté de plusieurs muqueuses, n'urine pas ou urine peu, et maigrit à peine, bien qu'elle ne mange pas ou du moins bien qu'elle vomisse le peu qu'elle ingère.

§ I

OBSERVATION. — Marie L..., âgée de 20 ans, couturière, est entrée le 26 décembre, hôpital Laënnec, salle Legroux nº 20. Née à Paris, elle a toujours habité cette ville; son père est bien portant, sa mère est morte phthisique à 31 ans, elle a un frère qui tousse depuis plusieurs années déjà.

Réglée à l'âge de 16 ans, elle n'a jamais eu ses menstrues régulièrement : elle voit une fois, deux fois dans un mois, reste deux mois sans voir, depuis quatre mois a vu une fois seulement.

Pneumonie à 10 ans, fièvre typhoïde à 16 ans (traitée à Cochin), bronchite en octobre dernier qui a duré deux mois.

A cette époque elle commence à souffrir au niveau de la région épisgatrique et du dos, rejette tous les aliments qu'elle prend.

Le 25 décembre dernier elle a vomi et craché quelques cuillerées d'un sang tantôt rouge, tantôt noir, dit-elle, en même temps elle a rendu un peu de sang par l'anus.

Les douleurs épisgastriques et dorsales étaient intermittentes ; elle devenait pâle au moment de ses douleurs ; à cette époque déjà cette pâleur était suivie de rougeurs très légères au front et à la partie inférieure du bras.

Pendant tout son séjour à l'hôpital elle continue à ressentir ces douleurs qui deviennent de plus en plus vives ; partant de la région épigastrique, elles s'irradient à la façon d'une flèche vers la colonne vertébrale.

Tous les jours elle vomit une, deux et trois cuillerées de sang généralement rouge, et rejette tout ce quelle prend : au début elle conservait ses aliments une dizaine de minutes au

moins, plus tard elle les rejette aussitôt déglutis par un véritable spasme œsophagien.

Il est bien curieux de voir que cette jeune fille maigrit à peine et conserve les apparences d'une assez bonne santé, bien qu'elle ne prenne aucune nourriture à proprement parler et qu'elle rende du sang chaque jour, en petite quantité, il est vrai.

Ayons soin toutefois de remarquer en passant, qu'elle ne va à la garde robe que toutes les cinq ou six semaines, qu'elle urine fort peu, qu'elle reste quelquefois plusieurs jours sans uriner et qu'il y a peu d'urée dans ses urines.

Il existe un léger souffle anémique au cœur ; l'inspiration est rude aux deux sommets en avant.

Avant son entrée à l'hôpital, la malade présentait de temps à autre des rougeurs très légères au front et à la partie inférieure du bras ; ces rougeurs depuis ce temps s'étendent de plus en plus, de manière à occuper à un moment donné la tête, le cou, le haut de la poitrine, les extrémités des membres supérieurs, les coudes, la rotule, le bas des jambes et les pieds. La distribution de ces rougeurs est absolument symétrique.

L'apparition de la rougeur est annoncée par une exagération de la douleur épigastrique qui devient nettement transfixive, la malade est étourdie, a du vertige, tomberait si elle était debout, la peau devenant d'abord très pâle ; puis à cette pâleur on voit nettement succéder un petit pointillé rouge, des marbrures irrégulières qui augmentent peu à peu et finissent par se confondre pour déterminer une rougeur uniforme plus ou moins intense qui simule assez bien une éruption scarlatiniforme. Pour disparaître, elle suit une marche inverse à celle de son apparition. Ces plaques affectent les formes les plus irrégulières et alternent souvent, avec des espaces complètement décolorés ; quelquefois elles sont si étendues qu'elles recouvrent complètement la face postérieure de l'avant-bras, la face externe du bras de chaque côté ; c'est ainsi que la rougeur intéresse généralement toute la face sauf le pourtour des yeux, du nez et des lèvres.

L'intensité de coloration varie suivant la crise, de même que l'étendue de sa distribution. Dans chacune de ces crises la face et la partie dorsale des poignets ont toujours été atteintes et en ces régions la coloration a toujours été notamment plus foncée que dans les autres.

Cette rougeur s'efface complètement par la pression ; à son niveau la malade accuse un sentiment de chaleur dont l'intensité est en rapport avec le développement de la rougeur. La durée de la crise est généralement de une heure ou deux : nous l'avons vue une fois se prolonger pendant quatre heures. Les douleurs qu'éprouve la malade pendant ces accès sont tel-

lement vives que nous avons été peu à peu amenés à lui faire quatre piqûres de morphine.

Outre la douleur transfixive, et le sentiment de chaleur, la malade ressent du côté de la tête des bouffées congestives, ses yeux deviennent larmoyants, sont quelquefois finement injectés.

Souvent elle a eu des hoquets très douloureux durant une demi-heure, une heure. Ils ont paru céder à l'application d'une compresse de chloroforme appliquée pendant cinq minutes au niveau de la région épigastrique.

La rougeur est accompagnée d'une élévation considérable de la température générale (39° 40° 41°). La main appliquée à ce niveau constate une chaleur anormale. On l'observe tous les jours à des heures variables, mais plus généralement dans la matinée.

Terminons cette vue générale de l'observation en disant qu'il n'y a aucun trouble de la motilité, ni de la sensibilité, ni des sens. Le champ visuel des couleurs est normal; par trois fois différentes nous avons cependant noté des contractions et une suspension momentanée de la sensibilité.

Il n'est pas sans intérêt, croyons-nous, d'exposer, comme type de ces accès, ce qu'il furent à certains jours de la maladie.

16 mars : A 9 heures, commencement de la rougeur au visage sous forme de marbrures disséminées, au niveau des pommettes surtout.

A 10 heures, rougeur uniforme et symétrique de toute a joue, de la région massetérine et de la houppe du menton. Le pavillon de l'oreille gauche est d'un rouge vif; le limbe de l'oreille droite commence à rougir. Rougeur marbrée peu intense à la face dorsale de chaque poignet.

A 11 heures, la rougeur n'existe plus qu'à la joue droite où elle est interrompue par une ligne blanche oblique du haut en bas et d'arrière en avant à la façon d'une balafre.

La malade tousse, on entend quelques râles muqueux disséminés dans les deux poumons. — Poids : 45 kilog. 050.

18 mars : La rougeur cette fois débute par le poignet, elle se manifeste en second lieu au visage.

Durée 1 h. 1/2 (de 6 h. 1/2 à 8 h. du matin), la veille au soir la malade a rendu une petite quantité de sang.

Les râles muqueux persistent et disparaissent totalement après une huitaine de jours.

19 mars : A 8 h. 1/2 du matin, la rougeur apparaît au visage, puis à l'épigastrie sous forme de trois taches à bords irréguliers : durée, 1/2 heure environ.

La rougeur des poignets est plus développée, elle s'élève sur la face postérieure de l'avant-bras jusqu'à sa partie moyenne.

A 9 h. 1/2, les taches du visage et des poignets deviennent marbrées et tendent à disparaître.

La malade a rendu du sang pendant la nuit.

21 mars : A 9 h. la rougeur du visage est presque générale ; les oreilles sont aussi complètement rouges. — Rougeur sur tout le poignet, la face dorsale de la main et des doigts — la face palmaire au niveau des éminences thénar et hypothénar et au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. — La rougeur gagne la partie postérieure de l'avant-bras et la partie externe du bras jusqu'à l'épaule.

A 10 h. 1/2 les rougeurs deviennent marbrées et sont sur le point de disparaître.

Les douleurs transfixives sont très fortes ; la piqûre de morphine n'a amené qu'un soulagement momentané. Un vésicatoire est appliqué au niveau de la région épigastrique.

23 mars : La veille elle a rendu deux à trois cuillerées de sang. — Vives douleurs au niveau de l'épigastre pendant la nuit.

La rougeur débute vers 8 h. 1/2 à l'épigastre.

Au visage la rougeur est générale et, ce qui n'avait pas encore eu lieu, intéresse tout le cou.

Mains et poignets absolument rouges sur toute leur surface. — La rougeur s'étend à tout le membre supérieur, excepté cependant dans un espace irrégulièrement lozangique occupant antérieurement la moitié inférieure du bras et le tiers supérieur de l'avant-bras. Cet espace sain est lui-même interompu par une petite tache rouge, circulaire, au niveau du pli du coude, il y a également des taches à la partie antérieure de la rotule; aux pieds, la rougeur est symétrique et s'étend sur toute la face plantaire — petite tache à la partie moyenne du cou de pied.

La rougeur très accentuée aux mains et aux poignets diminue d'intensité à mesure qu'on remonte vers la racine du membre, où elle prend une teinte fleur de pêcher.

Vers 11 h., la rougeur est en voie de disparition.

24 mars : Le sang qui est rendu, pendant la nuit, est plus rouge que d'habitude — alcalin (papier de tournesol).

A 9 h. — Douleur excessive — La rougeur du bras est encore plus étendue que la veille — l'espace lozangique est moins étendu, tandis que la tache au niveau du pli du coude est augmentée; au niveau de la rotule les taches sont également plus étendues, taches irrégulièrement disséminées à la partie antérieure et extérieure de la jambe.

Aux pieds même disposition que la veille.

Rougeur à l'abdomen sous forme d'un croissant embrassant l'ombilic par sa concavité.

Rougeur au niveau des deux reins.

Rougeur uniforme entre les deux épaules.

Au niveau de la région lombaire : taches se présentant sous forme de vergetures en rapport avec les plis du vêtement de la malade.

A 11 h. la rougeur commence à disparaître.

26 mai : Elle a rendu un peu de sang noirâtre pendant la nuit à deux reprises différentes : il est *acide* (papier de tournesol). La crise a commencé vers 2 h. du matin ; la rougeur a été remarquée au visage et aux poignets — à 9 h. la rougeur paraît encore au visage sous forme de marbrures légères.

A partir du 4 avril la température axillaire est prise au moment de cette rougeur : le thermomètre dans l'aisselle s'élève de 39° à 41° 4.

A partir du 11 avril, nous recueillons avec le plus grand soin l'urine que la malade rend chaque jour ; aussi pouvons-nous affirmer que les résultats que nous allons signaler sont aussi exacts que possible.

A partir de ce moment, M. Dumont, interne en pharmacie à l'hôpital Laënnec a bien voulu rechercher et doser chaque jour la quantité d'urée contenue dans l'urine émise par la malade. Cet examen répété tous les jours, du 11 avril au 4 juin, montre que la quantité d'urine rendue varie de 0 à 300 grammes le plus souvent, et va quelquefois jusqu'à 680 grammes par jour. La quantité d'urée ainsi excrétée varie aussi de 0 à 5 grammes le plus souvent et va quelquefois jusqu'à 10 grammes, — les variations sont donc à peu près proportionnées à la quantité d'urine émise, l'urée variant à l'état ordinaire dans la proportion de 15 à 24 pour 1000.

11 avril : Pendant la nuit, vomissement de sang de la valeur de trois cuillerées à bouche. — Début de la crise à 7 heures du matin. — Les mains et l'épigastre semblent épargnés aujourd'hui par la rougeur. Temp. 39° 2, urine 250 grammes ; urée 6 grammes 8, en 24 heures. La proportion donnerait 24 grammes 32 pour 1000 gr. d'urine.

16 avril : A partir de ce moment le malade rejette le lait qu'elle prend aussitôt qu'il a été avalé — le lait par conséquent n'a subi aucune digestion.

La malade a vomi la valeur d'un demi-verre de sang noirâtre T° 41°, anurie complète depuis la veille.

23 avril : Début de rougeur à 7 h. à 9 h. elle persistait encore au visage, aux mains et aux jambes sous forme de marbrures. La rougeur fait pour la première fois son apparition aux mollets. T° 40° 6. Anurie.

30 avril : Crise de rougeur pendant la nuit et de 2 h. 1/2 environ. Pas de rougeur dans la matinée.

Le matin hoquet violent, précédé et accompagné de douleurs vives. — Un pansement chloroformé fait cesser presque immédiatement le hoquet.

Urine | quantité : 180 grammes
| urée : 3 gr. 46.
Pour 1.000 gr. urée : 19 gr. 225

5 mai : T° 40° Anurie. Les vomissements succèdent toujours immédiatement à l'ingestion des aliments et ressemblent plutôt à des régurgitations.

6 mai : T° 40° Anurie.

7 mai : Rougeur vers 6 heures. Pendant l'apparition des rougeurs, la malade reste dans un état comateux accompagné de crises hystériformes et d'écume aux commissures. T° Anurie.

12 mai : La malade continue à cracher du sang.

Rougeur très intence le matin de 6 h. à 9 h.

Nouvelle rougeur dans la soirée de 4 à 6 h. (visage et mains seulement). Anurie.

13 mai : Courte crise pendant la nuit. — Nous lui faisons une piqûre d'ergotine à cause de la persistance du crachement de sang.

urine | quantité : 350 gr.
| urée : 11 gr. 658.

19 mai : Rougeur la nuit. La malade a un peu d'angine; les amygdales sont tuméfiées. Anurie.

20 mai : L'angine persiste.

urine | quantité : 45 gr.
| urée : 1 gr. 089.

25 mai : La malade sort momentanément de l'hôpital. Arrivée dans la rue, elle est prise d'une crise de rougeurs, accompagnée de vertige et étourdissements, crachement de sang, vomissements incoercibles.

27 mai : Rougeur très intence dans l'après midi de 1 h. 1/2 à 3 h. 1/2. Sueur profuse après la crise. Douleur fixe et localisée au sommet de la tête.

urine | quantité : 230 gr.
| urée : 4 gr. 42

28 mai : Rougeur la nuit, accompagnée des douleurs transfixives habituelles.

urine | quantité : 480 gr.
| urée : 5 gr. 07.

30 mai : Contre le vomissement on essaye le *Chlorydrate de cocaïne à 100 d.* : résultat négatif. Ce médicamment a été essayé plusieurs fois : toujours sans résultat. Anurie.

31 mai : 1er, et 2 juin : la malade n'urine pas. Rougeur à 10 h. du matin. — A midi la colération est à son maximum, à 6 heures elle persiste encore. — Elle reparaît enfin à 9 h. pour se prolonger jusqu'à 2 h. du matin.

urine | quantité 660 gr.
| urée : 6 gr. 76.

Les douches froides sont mal supportées par la malade.

Tableau I. — Température

Tableau II. — Urines. — Quantité émise et proportion d'urée

Tableau III. — Urines. — Quantité émise et proportion d'urée

Nous devons ajouter en terminant cette observation que la malade est restée six semaines sans aller à la garde-robe, puis vingt-sept jours ; actuellement elle n'a pas rendu de matières fécales depuis plus d'un mois, elles étaient noires, dures, ovillées, rendues avec quelques douleurs et accompagnées d'un peu de sang.

§ 2.

— *Diagnostic de l'éruption.* — Une première question s'impose tout naturellement d'elle-même à notre étude : quelle est la nature de cette éruption ?

Bien des fois en passant auprès du lit de cette malade et en voyant cette figure d'un rouge vernissé on a fait le diagnostic d'érysipèle, de scarlatine, voir même de rougeole ; du reste la température élevée du corps (39°, 40°, 41°), au moment de cette éruption venait prêter mainforte à l'erreur.

Il suffira de découvrir la malade pour écarter du même coup l'*érysipèle*, car la rougeur n'est pas bornée à la face ; elle s'étend souvent sur un certain nombre des autres parties du corps. Est-elle bornée à la face comme cela s'est vu plusieurs fois, le diagnostic d'érysipèle sera écarté parce que les bords de la rougeur ne sont pas festonnés en bourelets, et surtout parceque l'évolution intermittente de ces phénomènes ne permet pas de s'arrêter à cette idée.

La *rougeole et surtout la scarlatine,* par suite de l'étendue de leur lésion, simulent beaucoup mieux l'éruption qui nous occupe : mais ces deux fièvres éruptives sont accompagnées de symptômes prodromiques tout particuliers et ont aussi une évolution totalement différente.

On éliminera aussi l'*urticaire* qui est caractérisée, comme on le sait, par des plaques congestives, disparais-

sant à la pression comme dans le cas qui nous occupe : mais les taches de l'urticaire sont bien plus limitées et sont accompagnées d'un prurit qui porte presque fatalement la malade à se gratter.

La *roséole*, lorsqu'elle est généralisée, pouvait induire en erreur ; cependant, même dans le cas de généralisation, la peau saine sépare nettement ces petites taches roses, inégales, de formes variées qui sont le propre de la roséole.

L'*herpès* se reconnaît aux vésicules groupées les unes à côté des autres, reposant sur une surface saine ou rosée.

L'éruption que nous étudions se montre sous la forme de taches larges, ce qui la sépare de la roséole, sans démangeaison, contrairement à l'urticaire, se confondant insensiblement avec les parties environnantes ou se terminant par des bords nettement tranchés mais non saillants, comme dans l'érysipèle, sans vésicules, ce qui la différencie de l'herpès, se terminant sans desquamation, à l'opposé de la rougeole, ou avec une légère furfuration, ce qui n'est pas le cas de la scarlatine. Une éruption qui présente ces caractères particuliers et qui en outre disparaît sous la pression des doigts n'est autre chose que l'érythème, et c'est simplement de l'érythème, car il n'est pas accompagné de phlyctènes, ni de vésicules, ni de bulles.

Il ne suffit pas d'avoir reconnu que cette éruption est un érythème, il faut étudier sa nature.

Sans parler de l'érythème solaire, qui reconnaît une cause toute particulière, de l'érythème par compression, de la roséole estivale, de l'intertrigo, qui siège seulement dans les régions où la peau se plisse et se met en contact avec elle-même, de l'engelure ou érythème périon, qui affecte surtout les parties découvertes s'accompagne de vives démangeaisons et plus tard, de

phlyctènes et d'abcès consécutifs, de l'érythème par décubitus prolongé ou érythème paratrime d'Alibert, qui se voit généralement chez les individus atteints de maladies générales adynamiques, nous devons nous demander tout d'abord si cet érythème, n'est pas professionnel.

Les verts arsénicaux (surtout le vert de Scheele, de Schweinfurt) donnent souvent lieu à des accidents érythémateux. Les forgerons, les verriers, les patissiers, exposés à une chaleur intense présentent de semblables lésions sur les mains et la face. Les ouvriers employés à la fabrication de produits pharmaceutiques et chimiques (en particulier sulfate de quinine, douce-amère, croton tiglium, euphorbia latyris) y sont aussi très exposés. De même lés peintres, les teinturiers, les apprêteurs de couleurs (minium, chromate de plomb, etc., et les épiciers ou marchands de couleurs).

Or cette jeune fille est couturière et n'a jamais eu d'autre profession ; son érythème ne peut donc être rangé dans la classe des érythèmes professionnels.

Est-il alimentaire ?

Certes nous ne pouvons soupçonner ici l'alcoolisme ; au surplus l'érythème alcoolique est borné à la face.

Certaines personnes, ne peuvent prendre de moules, de fraises, etc., sans présenter des troubles particuliers : leur face rougit, se gonfle et le corps se recouvre d'un exanthème simulant bien celui qui nous occupe ; mais elles ont de vives démangeaisons, de l'oppression, des troubles intestinaux ; on a même vu du délire.

La pellagre (mal de la Teste, érythème nerveux périodique), si bien étudiée par M. H. Landouzy, ne pourra donner lieu à confusion ; qu'elle reconnaisse oui ou non pour cause essentielle l'altération du maïs, la présence du seigle ergoté dans le pain de seigle, la pellagre se ca-

ractérise par de l'érythème des parties exposées aux rayons solaires avec taches bronzées au niveau de l'épigastre, du ventre et des lombes, des troubles intestinaux auxquels viennent s'adjoindre des troubles du côté de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence.

En irritant le tissu dermique certains agents peuvent donner lieu à des éruptions érythémateuses, telles sont : la farine de moutarde, l'essence de térébenthine, l'huile de croton, l'huile d'euphorbe, etc., ces deux dernières ne tardent pas à se recouvrir de vésicules. On a vu de semblables éruptions produites par l'application de teinture d'arnica pur (Laisson, *Union médicale*, 17 avril 1882) ; nous observions nous-mêmes, il y a quelque temps, un cas d'érythème consécutif à l'application d'un thapsia : le thapsia avait été appliqué le jeudi soir à 8 heures sur la poitrine, la malade fut réveillée par des démangeaisons très vives au niveau de la tête, à ce point que le sommeil fut impossible ; le lendemain vendredi, la figure est rouge et cette rougeur simule à s'y méprendre un érysipèle, le tout disparaît le lundi suivant.

Les agents médicamenteux appliqués à l'extérieur ne peuvent nous donner raison de l'érythème qui nous occupe ; aussi y a-t-il lieu de se demander s'il ne serait pas dû à un médicament administré à l'intérieur.

Tout le monde sait que l'ingestion de plusieurs médicaments (bromure de potassium, bromure d'ammonium, térébenthine, quinine, digitale, asenicaux, a été suivie de pareilles éruptions. On a cité plusieurs cas d'exanthèmes scarlatiniformes à la suite de l'usage de la poudre de Dowers. On a vu apparaître cet exanthème 2 heures après l'administration du calomel donné à la dose de 0,45 *centigrammes*. Assolant, de Berlin, vit une éruption considérable avec ardeur et prurit chez une malade

tuberculeuse à laquelle il avait prescrit trois fois par jour douze à seize gouttes de la mixture suivante : Chlorhydrate de morphine 8 *centigrammes*, eau d'amandes amères 10 *grammes*. Bruggisser, chaque fois qu'il venait de prendre une dizaine de gouttes de laudanum ou 1 *centigramme* de poudre de morphine, avait le lendemain de l'urticaire ; fait curieux, il éprouvait le même inconvénient lorsqu'il donnait à un malade une injection sous-cutanée de morphine, quoiqu'il se fut lavé soigneusement les mains après l'opération.

A dose variable (4, 6, 8 *grammes*) l'hydrate de chloral peut, chez les sujets prédisposés, déterminer diverses éruptions dont la plus commune est le rash scarlatiniforme, sans démangeaisons ou au plus avec quelques picotements. (Cl. Martinet, th. Paris, 79) (Académie des sciences 12 juin 1871 : *recherches du formiate de soude dans les urines par Byasson)*; mais cette éruption n'est pas accompagnée de fièvre. Elle disparaît en 2 ou 3 heures, ne réapparaît plus si l'on supprime le chloral ou donne lieu tout au plus à quelques légères poussées pendant deux ou trois jours. L'éruption qui nous intéresse n'est pas une éruption chloralée car elle existait déjà avant l'entrée de la malade à l'hôpital, alors qu'elle ne prenait pas de chloral ; au surplus le chloral qui lui a été administré ici est supprimé depuis plus de trois mois et l'éruption n'en a pas moins persisté.

Il est une variété d'éruption assez commune dans le cours de la blennorhagie chez les sujets traités par les préparations balsamiques ; nous en avons vu un fort bel exemple. Le nommé H..., élève en pharmacie, entre à l'hôpital Laënnec, salle Cruveilhier, n° 18, avec une éruption généralisée ayant la forme de plaques rouges, irrégulières, scarlatiniforme au tronc et à la face, disparaissant à la pression. Mais cette éruption était le siège de vives démangeaisons ; cette éruption copahique a été

produite par l'opiat suivant : copahu, cubèbe, essence de santal, sous-carbonate de fer (30 *grammes* par jour) ; le malade avait usé de cette médication deux jours de suite et fut réveillé par de violents maux de tête ; les paupières étaient alors gonflées (il craignait avoir porté à ses yeux du pus blennorrhagique avec ses doigts). Cette cause n'explique pas encore notre éruption ; car celle-ci ne présente pas ces vives démangeaisons ; du reste notre malade n'a pas pris de balsamique.

L'érythème belladoné est scarlatiniforme et il suffit souvent de doses minimes et presque homéopathiques pour le produire. Mais il est le plus souvent localisé à la face, il existe en même temps des symptômes congestifs du côté de la gorge, les pupilles en outre sont dilatées. Pour passer outre nous citerons la jusquiame et le datura stramonium qui jouissent, comme on le sait, des mêmes propriétés que la belladone.

L'érythème iodique est caractérisé par des taches isolées, disséminées ; il est exceptionnel qu'elles soient généralisées. Elles sont souvent accompagnées de papules et de pustules d'acné ; mais cet érythème n'est pas accompagné d'élévation de la température et disparait dès que le malade ne prend plus d'iode ou d'iodure.

Cette jeune fille n'a pas vu ses règles depuis huit mois ; or on sait que l'érythème (érythème menstruel) peut se produire chez la femme dont les règles sont retardées ou suspendues. L'érysipèle est dans le même cas. Ainsi Wagner cite le cas d'une jeune fille réglée à l'âge de 14 ans, qui, dès les premières apparitions de ses menstrues jusqu'à l'âge de 19 ans avait un érysipèle de la face qui durait quatre à cinq jours. *Der Centralbat fur Gynæck* (n° 17, 1882) cite le cas d'une femme de 30 ans à menstruation irrégulière, qui présentait à chacune de ses époques des gonflements et de la rou-

geur à la face palmaire des mains; cette rougeur était surmontée de vésicules qui se transformaient en groupes. Richardiere *(Ann. de dermat. et de syph.,* fig. 650, 1882) a observé deux plaques d'érythème scarlatiniforme aux membres inférieurs, lesquelles disparaissaient le lendemain dès l'apparition des règles. Quoiqu'il en soit, l'absence des règles depuis si longtemps absentes chez notre malade, ne peut encore expliquer son éruption, car l'érythème menstruel est éphémère et s'il réapparaît, il est intermittent à la façon des règles.

Ce n'est pas non plus un érythème pudique car ce dernier est à peine rosé, généralement mal délimité, sans élévation de la température ; de plus il a la singularité de se produire chaque fois que vous découvrez la malade.

L'érythromélalgie, étudiée pour la première fois par W. Mitchell ne siège généralement qu'aux membres inférieurs ; la rougeur co-existe avec des battements artériels fréquents, elle est précédée pendant plusieurs mois par des douleurs plus ou moins intenses, quelquefois excruciantes; ces différents symptômes enfin augmentent en été et diminuent en hiver.

Signalons pour mémoire l'asphyxie locale des extrémités, pour observer que la confusion n'est pas possible ici avec cette affection.

On doit enfin éliminer l'hypothèse d'érythème hystérique car celui-ci est généralement accompagné de paralysie avec ou sans contraction, avec ou sans anesthésie ; il existe généralement d'un seul côté et surtout aux mains et aux pieds ; ce n'est pas non plus un érythème hystérique sans troubles moteurs, ni sensitifs, car nous ne relevons chez cette malade aucun antécédent hystérique, mais seulement quelques troubles nerveux sans caractère spécial.

§ 3.

Nature de la manifestation cutanée. — Ces rougeurs sont dues certainement à une réplétion plus ou moins exagérée des capillaires par le sang : aussi devons-nous nous demander quelle est la cause, quel est le mécanisme de cette réplétion.

Qu'un obstacle quelconque empêche une veine de ramener au cœur le sang qu'elle contient, il y aura dilatation de cette veine et de ses ramuscules, congestion passive des capillaires avec lesquels elle est en rapport. Rien de semblable ne se passe ici. La rougeur n'a pas le caractère cyanique des stases veineuses et passives ; elle n'est pas permanente, mais se produit par accès nettement distincts.

Si un obstacle de nature quelconque, au niveau d'une branche artérielle, empêche le cours du sang, la pression va augmenter dans les autres branches de l'artère et cette pression s'étendant jusqu'aux capillaires, va donner lieu à une congestion par fluxion collatérale ; il pourra se faire aussi que la vis à tergo étant supprimée dans le canal artériel oblitéré, il se produira une congestion par fluxion veineuse rétrograde, dans le territoire même auquel cette artère se distribue. Mais, dans le cas qui nous intéresse, les rougeurs étaient disséminées dans la plupart des parties du corps, disparaissant pour reparaître ensuite, il n'y a pas lieu de s'arrêter à une semblable hypothèse.

Ces rougeurs sont-elles dues à une paralysie vaso-motrice directe ? Ces paralysies s'observent expérimentalement dans la moitié de la face et de la tête après une section du cordon cervical du grand sympathique ou après un arrachement du ganglion cervical supérieur, ou bien quand on frotte la peau avec une pointe mousse, ou encore après percussion ou pincement de la peau, de

même sous l'influence du froid ou de la chaleur, après une application de glace sur le cubital, après l'excitation produite par l'électricité, par l'action des rayons chimiques de la lumière solaire et électrique (Charcot et Bouchard), ou enfin pathologiquement, après une section, une lésion ou une compression nerveuse, après une lésion de la moelle épinière, de l'encéphale (hémorrhagie, ramollissement, tumeur cérébrale) : tous ces modes de production de la rougeur cutanée nous paraissent devoir être mis ici hors de cause; il suffit de lire l'observation pour s'en convaincre.

Il n'est pas inutile, croyons-nous, de bien faire remarquer que les rougeurs observées chez notre malade, sont bien symétriques.

Du côté de la face, tout est pris, si ce n'est le pourtour des yeux, du nez et des lèvres ; au début, alors que les rougeurs n'étaient pas aussi généralisées, on voyait un triangle isoscèle blanchâtre ayant son sommet au niveau de l'angle du nez, les deux extrémités de la base correspondant aux commissures labiales.

Du côté des membres supérieurs, de chaque côté, la face supéro-postérieure des avant-bras, la moitié externe des bras est rouge; quelquefois même il n'existe qu'un lozange blanchâtre au niveau de la saignée; ce lozange est de même étendue à droite et à gauche et au centre de chacun on observe une tache rouge. Quelquefois les deux poignets seulement sont pris et la rougeur simule alors un bracelet.

Du côté des membres inférieurs enfin, il existe une tache rouge au niveau de chaque rotule, quelques taches rouges sur la partie antérieure et externe des jambes; les plantes des pieds sont uniformément rouges.

De ce que les lésions sont symétriques, qu'elles disparaissent pour reparaître ensuite, nous devons penser qu'elles sont dues à une paralysie vaso-motrice d'ordre

reflexe : en effet les centres vaso-moteurs étant excités il en résulte une dilatation vaso-motrice symétrique (tout le monde connaît l'expérience de Brown-Séquard et de Tholozan : quand on élève la température dans une main, l'autre main s'échauffe et rougit à son tour) ; l'excitation disparaissant, les rougeurs disparaissent pour reparaître avec elle ; cette excitation intermittente ne peut pas avoir son siège dans la moelle ; elle doit exister en un point quelconque de l'organisme ; voilà pourquoi nous sommes en droit de dire que cette paralysie vaso-motrice est d'ordre reflexe.

Comment ces vaisseaux se dilatent-ils ? Les notions physiologiques acquises conduisent à penser qu'ils se modifient sous l'influence des nerfs vaso-dilatateurs. (Expérience de la corde du tympan, etc., A. Vulpian).

Rejetant l'hypothèse tout à fait fausse de la dilatation active des vaisseaux par excitation nerveuse, l'hypothèse purement gratuite de Legros qui attribue cette dilatation à une exagération des mouvements péristaltiques artériels du centre à la périphérie, soulignant celle de Brow-Séquard qui la rapporte à l'augmentation de l'attraction des tissus entourant les vaisseaux sur le sang contenu dans ces derniers, nous devons nous rallier à l'opinion de Cl. Bernard et de A. Vulpian, en vertu de laquelle les vaso-dilatateurs exercent sur les vaso-constricteurs une sorte d'action suspensive, de mouvement d'arrêt, comme le pneumogastrique sur le cœur. On sait que M. Vulpian a décrit des ganglions ou des cellules nerveuses sur le trajet des vaso-dilatateurs ; leur activité qui est entretenue par le centre cérébro-spinal cesse sous l'influence de l'excitation et les vaso-constricteurs qui en émanent n'agissent plus : le tonus vasculaire cesse et la dilatation a lieu.

Chez notre malade la peau, avant de rougir, devient d'abord très pâle : il nous semble logique d'admettre

que l'excitation est faible au début ; cette excitation faible étant transmise par les vaso-dilatateurs aux ganglions nerveux, les vaso-constricteurs qui en émanent sont excités faiblement à leur tour, d'où exagération de leurs propriétés physiologiques : constriction des vaisseaux et pâleur ; puis l'excitation continuant ou même s'exagérant les ganglions nerveux sont épuisés, les vaso-constricteurs ne reçoivent plus leur excitation normale ; de là dilatation des vaisseaux et par conséquent rougeurs.

C'est ce qui découle du reste de l'expérience de Schiff : chez un lapin il coupe le nerf cervico-auriculaire antérieur ; en électrisant faiblement le bout artériel du nerf coupé l'oreille devient pâle, puis rouge quelques instants après ; cette rougeur est obtenue d'emblée au moyen d'un courant très intense.

Nous trouvons la source d'excitation dans le système génital : cette jeune fille en effet n'a pas eu ses règles depuis huit mois ; or il n'est pas rare, comme nous l'avons dit, de voir des érythèmes survenir chez des femmes dont les règles sont suspendues et disparaître avec la réaparition de celles-ci.

Bien que la source d'excitation soit unique, on ne doit pas s'étonner que les rougeurs soient si étendues ; il en est pour les centres vaso-moteurs comme pour les centres de mouvements : en pinçant fortement la peau, on peut en effet obtenir des mouvements réflexes généralisés aux quatre membres ; on ne doit pas enfin être surpris de voir cette action vaso-dilatatrice s'exercer à distance, car l'excitation du bout central du sciatique produit la rougeur sur l'oreille d'un lapin, bien que ce nerf ne soit mis en rapport avec l'oreille que par la moelle épinière, l'électrisation du bout central du nerf dépresseur de Ludwig et de Cyon amène une dilatation des vaisseaux du mésentère.

L'excitation partie du système génital est transmise par les nerfs sensitifs lesquels mettent en jeu la reflectivité des éléments de la moelle qui sont en rapport avec les vaso-moteurs ; de là, cette excitation est transmise à ces derniers nerfs en passant par les racines antérieures des nerfs (Cl. Bernard, Brown-Séquard, Schiff) et légèrement par les racines postérieures (A. Vulpian).

Pour la tête l'excitation passe surtout par les trois premières paires dorsales. Pour le membre thoracique, par le ganglion cervical inférieur et le ganglion thoracique supérieur, par les racines donnant naissance au plexus brachial, par les troisième et septième nerfs dorsaux. Pour les membres inférieurs, par les racines du sciatique et du crural, par la partie abdominale du cordon fondamental du grand sympathique. Pour l'estomac et les reins par les nerfs splanchniques.

L'excitation périphérique est probablement persistante, mais elle ne serait pas toujours assez forte pour exciter les éléments de la moelle ; les rougeurs n'apparaîtraient que lorsque l'excitation périphérique serait accrue ; puis l'excitation disparaissant, les centres vasomoteurs ne sont plus excités et la rougeur disparaît. Cette excitation plus ou moins forte peut même persister plus ou moins longtemps après les rougeurs ; en effet l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique ralentit les mouvements du cœur, puis l'excitation continuant, le cœur cependant reprend son rhythme normal.

Comment se fait-il que les rougeurs ne soient pas absolument généralisées : ou bien c'est que les centres vaso-nerveux ne sont pas tous excités (ce qui semble inadmissible, car les rougeurs étant si répandues, si disséminées, on ne comprendrait pas comment tous les centres vaso-moteurs, échelonnés sur toute la longueur de la moelle épinière, ne seraient pas tous également

excités) ou bien ce qui paraît plus admissible, c'est que le tonus vasculaire est plus fort dans certaines régions et résiste mieux à l'action paralysante; si la rougeur est toujours plus prononcée à la face, c'est que là le tonus vasculaire est plus faible; sous l'influence de vives émotions ne voyons-nous pas en effet le visage rougir tout à coup.

Ces petits vaisseaux étant dilatés le sang circule plus rapidement et en plus grande abondance, aussi la peau est chaude et la température locale plus élevée (1° 2°).

Ce fait clinique est bien en rapport avec les expériences de Brown-Séquard et de Schiff sur l'hémisection et la section complète de la moelle.

Au niveau de la peau saine avoisinant les rougeurs, nous avons constaté quelquefois que la température locale est abaissée de quelques dixièmes de degrés (1 à 4); ce qui ne peut s'expliquer que par une dérivation du sang.

§ 4.

Caractères des troubles viscéraux. — Maintenant qu'il a été bien établi que cet érythème est un érythème d'ordre vasculaire, qu'aucun agent extérieur, qu'aucun médicament administré à l'intérieur ne peut en rendre compte, nous allons essayer de montrer que les autres symptômes, et en particulier les symptômes gastriques et urinaires, que nous avons observés chez cette enfant, doivent être rattachés à la même cause.

Avant son entrée à l'hôpital, elle fut soignée pour un ulcère simple de l'estomac; du reste elle vomit du sang, elle éprouva ces douleurs qui semblent transpercer la poitrine et qui sont propres à cette maladie organique. Aussi le même diagnostic avait-il été porté par nous tout d'abord; et c'est en observant chaque jour la malade, que nous nous sommes de plus en plus éloignés de cette idée, pour la rejeter ensuite.

Dix minutes, un quart d'heure avant l'apparition des rougeurs, la malade éprouve au niveau de l'épigastre une sorte de malaise, puis une douleur sourde mal définie ; cette douleur devient aiguë quand les rougeurs apparaissent. Elles ressemblent alors à celles de l'ulcère simple de l'estomac ; la malade la compare à des coups de canif, quelquefois à un couteau de boucher la traversant de part en part ; non seulement en effet elle siège au niveau de l'épigastre, mais aussi en un point correspondant du dos. Ces douleurs sont si vives quelquefois que les piqûres de morphine elles-mêmes n'ont sur elles qu'une action momentanée : disparues un moment, elles reparaissent avec toute leur violence. Nous avons également remarqué qu'elles sont d'autant plus aiguës (la malade pousse des cris, ne peut rester un instant en place) que les rougeurs sont plus foncées et plus étendues ; de plus, rougeurs et douleurs disparaissent ensemble pour reparaître en même temps. Au moment de ses crises douloureuses la malade rejette quelquefois un peu de sang, tantôt noir et acide, tantôt rouge et alcalin.

Les douleurs épigastriques correspondant avec l'apparition de l'érythème, disparaissant avec lui, nous semblent se rattacher à des conditions analogues, c'est-à-dire à une congestion de la muqueuse de l'estomac. Ainsi se trouverait expliqué le rejet de cette petite quantité de sang que la malade rend quelquefois au moment de ses crises, mais qui ne vient pas toujours évidemment de la cavité gastrique. Les douleurs qui persistent quelquefois en dehors des crises de la région épigastrique peuvent être attribuées à une sorte d'irritation, qui se continue sans doute après les troubles vaso-moteurs. Les petites hémorrhagies dont le sang a été rejeté par l'anus n'auraient pas non plus d'autre pathogénie.

Serait-il exagéré de rattacher à la même cause la

rougeur de l'isthme du gosier, l'augmentation du volume des amygdales, les troubles de la voix, que nous avons observés passagèrement chez notre malade ? Nous ne le pensons pas, et la théorie invoquée plus haut expliquerait aussi leur persistance après l'attaque vaso-motrice.

A un moment donné, cette malade tousse, et bien qu'elle soit fille et sœur de tuberculeux, cette toux ne nous a pas paru devoir se rattacher à une lésion pulmonaire permanente, mais à cette même influence vaso-motrice : en effet, à l'auscultation, on entend des râles de congestion disséminés d'une façon à peu près égale dans les deux poumons ; ces râles de congestion de même que la toux disparaissent peu à peu au bout de quelques jours, enfin, l'apparition de ces troubles pulmonaires a coïncidé avec une forte crise de rougeurs. La congestion des vaisseaux artériels des poumons expliquerait également le rejet du sang rouge et alcalin que nous avons signalé.

Il existe un autre ordre de phénomènes viscéraux, plus difficiles peut-être à expliquer. Nous voulons parler des phénomènes urinaires.

La malade urine fort peu, quelquefois même pendant plusieurs jours, il y a anurie complète. Nous nous sommes assurés qu'il n'y a pas alors chez elle de rétention d'urine; car la vessie se distendant peu à peu, il y aurait eu incontinence par regorgement ; de plus les moyens que nous avons à notre disposition (inspection, percussion, etc.), ont été mis en œuvre, et nous permettent d'affirmer qu'il n'y a pas le plus souvent d'urine dans la vessie.

La contraction spasmodique des artères, si bien mise en évidence par les expériences de M. A. Vulpian ne saurait davantage être mise en cause pas plus que la néphrite.

De même que nous avons rattaché les phénomènes gastriques à une excitation des vaso-constricteurs, de

même nous croyons devoir rattacher l'anurie, l'oligurie dont nous venons de parler, à une diminution du calibre des petites artères rénales.

Les tableaux ci-dessus montrent sans doute que les urines sont rendues en petite quantité (de 360 à 30 grammes) qu'il y a quelquefois anurie complète, qu'il y a peu d'urée dans les urines (1 gramme 08 à 13 grammes 60); mais malgré cela nous n'avons observé aucun des phénomènes de l'anurie. Dans les néphrotomies, les ligatures des artères (Prevost et Dumas, Cl. Bernard et Bareswil) il s'opère, comme on le sait, une élimination supplémentaire par l'intestin, de carbonate d'ammoniaque ou d'urée. Tant que dure cette élimination les animaux mis en expérience n'en souffrent point, mais quand l'excrétion supplémentaire n'existe plus, les accidents urémiques éclatent. Ne voyons-nous pas chez les malades les troubles de l'anurie disparaître momentanément après l'administration d'un purgatif. Mais cette malade ne va pas à la selle, ne vomit pas, ou du moins ne vomit que la matière alimentaire qu'elle prend et qu'elle rend quelquefois par regurgitation; la peau, par où pourrait s'éliminer l'urine, n'est pas le siège de sueurs.

Dans les expériences on a vu l'intégrité des fonctions se maintenir pendant quatorze jours sans qu'il y eut de crise intestinale; or ici l'anurie n'a jamais persisté plus de quatre jours, et quoique la quantité d'urine soit quelquefois très faible, il faut cependant en tenir compte. Enfin la malade mangeant peu, doit fabriquer peu d'urée, cependant la quantité d'urée est encore plus faible que celle de cet aliéné dont Schérer rapporte l'observation, et qui s'étant soumis volontairement à un jeûne complet pendant trois semaines, rendait 9 à 10 grammes d'urée en 24 heures.

Il faut admettre au contraire qu'il y a bien plutôt ici

un ralentissement considérable dans les phénomènes de désassimilation, se traduisant par une diminution absolue des matières excrémentielles. Cette malade n'urine pas parce qu'elle ne fait pas d'urine. Cette interprétation nous explique pourquoi cette malade qui ne mange pas, maigrit à peine, depuis les six mois qu'elle est soumise à notre observation. Le 16 mai elle pèse 45 kilogs 0,50, le 8 juillet 43 kilogs 500. Du 16 mai au 8 juillet son poids a donc diminué seulement de 1,550 grammes.

En résumé, ces troubles viscéraux ne nous paraissent pouvoir se rattacher à aucune lésion anatomique déterminée, mais ne peuvent s'expliquer que par des congestions des muqueuses, dont la condition immédiate nous paraît devoir être légitimement attribuée, comme les troubles que nous avons observés et décrits du côté de la peau, à une perturbation des vaso-moteurs des surfaces cutanées et muqueuses.

§ 5.

Discussion et conclusion. — On a beaucoup discuté sur les centres d'origine des nerfs vaso-moteurs. D'après Jacubowitch ces centres seraient constitués par des groupes de cellules triangulaires que l'on rencontre au point de réunion de la corne antérieure et de la corne postérieure (colonne vésiculaire postérieure de Clarke). Cependant il n'y a de cette hypothèse aucune preuve physiologique, aucune preuve anatomique (car on ne peut pas suivre les fibres sympathiques depuis les ganglions de la chaîne jusqu'à la substance grise de la moelle), aucune preuve pathologique non plus ; (puisque la paralysie atrophique de l'enfance, l'atrophie musculaire progressive ne déterminent pas de modification constante de la circulation).

Or où est située la région des centres vaso-moteurs ? Au bulbe rachidien d'après de Bezold, Brown-Séquard et

Schiff; la section du bulbe produit en effet une dilatation de tous les vaisseaux du tronc; l'hémisection produit une dilatation vasculaire dans la moitié correspondante de la tête et du corps. Ces auteurs font cependant remarquer qu'une lésion de la protubérance, des pédoncules et même des couches optiques peut amener une dilatation des vaisseaux des viscères abdominaux, (estomac et foie surtout); enfin les hémisphères cérébraux peuvent avoir une action paralysante sur les nerfs vaso-moteurs; deux ou trois jours après une hémiplégie, plus rarement aussitôt l'attaque, la peau devient quelquefois plus rouge et plus chaude.

Vulpian, Philipeaux, Brown-Séquard placent cette région dans le bulbe et la moelle, mais il est possible, que les centres vaso-moteurs médullaires, distincts les uns des autres, soient mis tous en relation avec le bulbe rachidien par les éléments de la moelle et qu'ils soient tous soumis ainsi à l'influence du bulbe rachidien.

De ces faits résulterait une déduction thérapeutique importante; puisque tous les vaso-moteurs sont commandés par le bulbe et accessoirement par la moelle, on pourra peut-être remédier à cet état de maladie par l'électrisation; le pôle positif étant placé sur la colonne vertébrale de préférence au niveau du bulbe et le pôle négatif étant promené sur les différentes parties du corps. En effet, de Bezold, Ludwig et Thiry ont vu l'électrisation de la partie supérieure de la moelle, près du bulbe, provoquer la contraction de tous les vaisseaux du corps.

Bien que les ganglions sympathiques aient une action physiologique indépendante et qu'ils puissent être le centre d'actions réflexes (Cl. Bernard, Vulpian, Legros): nous ne pensons pas cependant qu'on puisse les mettre ici en cause. La symétrie des symptômes à la périphérie des membres doit tendre à faire écarter cette interprétation.

Les vaisseaux de la moelle épinière reçoivent très certainement des nerfs vaso-moteurs qui peuvent troubler aussi l'irrigation et par suite la nutrition de ce centre nerveux. Les réflexes doivent agir sur eux comme ils agissent sur les vaisseaux périphériques. Quoi qu'il en soit à ce sujet, notre malade, par trois fois différentes, nous a présenté des contractures et une suspension momentanée de la sensibilité périphérique. Cette perturbation ne trahit-elle pas une perturbation centrale, qui pourrait s'expliquer par une extension des troubles vaso-moteurs aux vaisseaux nourriciers de la moelle ? — Par la même raison, et si ces phénomènes continuaient à se reproduire communément, il pourrait s'établir un trouble nutritif prolongé et peut-être une affection organique de la moelle.

En résumé, nous pensons avoir affaire à une névrose vaso-motrice périphérique et viscérale, contre laquelle doivent être essayées les modificateurs du système nerveux.

Post-Scriptum. — Aujourd'hui 27 juillet les éruptions cutanées ont à peu près cessé de se reproduire. Elles nous ont paru être momentanément remplacées par des sudations locales. Les phénomènes viscéraux seuls persistent et l'état de la nutrition semble être le même.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LOCALISATION ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE SANS ALIÉNATION

(*Sclérose interstitielle de la base de l'encéphale*)

Par M. le Dr J. LUYS

Médecin de l'hôpital de la Charité

Les auteurs qui jusqu'ici se sont occupés de l'étude anatomo-pathologique de la paralysie générale avec aliénation ont eu principalement pour but de fournir une description complète de l'état des méninges, de l'écorce et des vaisseaux. C'est ainsi qu'ils ont décrit, comme éléments caractéristiques de la maladie, les épaississements des méninges, les opalescences de l'arachnoïde, les infiltrations sous-séreuses, l'hyperémie vasculaire, la prolifération des éléments de la névroglie, et finalement les atrophies ultimes de certaines régions de l'écorce.

Ils se sont aussi évertués à signaler les lésions complexes qui sévissent à proprement parler dans les régions de la sphère de l'activité psychique.

Mais ces descriptions d'ensemble qui comprennent l'étude de la paralysie générale dans ce qu'elle a de plus complet, c'est-à-dire lorsqu'elle est accompagnée de son cortège de troubles psycho-intellectuels et de troubles somatiques habituels, ont laissé dans l'ombre tout un coin du tableau.

Je veux parler de toute cette catégorie de cas, dans lesquels on voit des malades ayant tous les symptômes de la paralysie générale sans le délire, et qui meurent à bref délai en présentant des lésions identiques comme nature (la prolifération conjonctive), mais dissemblables comme détermination du terrain envahi.

Dans les premières formes, ce sont les régions de l'activité psycho-intellectuelle sur lesquelles l'effort du mal s'est concentré; dans les secondes, celles sur lesquelles je désire attirer l'attention, ce sont les régions inférieures de la base de l'encéphale qui sont particulièrement intéressées, les régions de l'activité psychique restant relativement indemnes.

On va voir ainsi que les manifestations cliniques qui sont si nettes et si précises, trouvent dans le domaine anatomo-pathologique une confirmation satisfaisante, pour ce qui concerne la symptomatologie de la paralysie générale sans délire.

La sphère de l'activité psychique, la sphère de l'activité somatique, isolées et indépendantes dans le jeu régulier des appareils encéphaliques, peuvent donc être pareillement scindées dans l'état pathologique, l'une restant relativement indemne, l'autre étant intéressée en dehors de sa congénère. C'est du moins ce qui ressort de l'exposé qui va suivre et qui nous montre par des types morbides très nets que, lorsque l'élément somatique seul est intéressé, lorsqu'il n'y a que des troubles moteurs, des troubles de l'articulation des sons, de la faiblesse générale, de l'excitation automatique seule, avec affaiblissement secondaire des facultés mentales, ce ne sont pas des régions de l'activité psychique qui sont primitivement envahies, mais bien d'autres départements de l'encéphale, les régions de la base, celles qui sont particulièrement affectées à l'expression des actes de l'activité somatique proprement dite.

La nommée Ch..., était entrée à la Salpêtrière le 1er novembre 1883, salle Barthe, comme malade externe, dans mon service.

Cette malade, âgée 38 ans, ne put nous donner que des renseignements très incomplets sur ses antécédents. Elle nous raconta que son père se livrait souvent à la boisson, et que sa mère était morte jeune d'une maladie de poitrine. Quant à elle

elle a été mariée, malheureuse en ménage, son mari était un débauché. Elle n'a jamais eu d'enfants, n'a jamais fait de maladies graves. Elle était d'un tempérament nerveux. La menstruation a toujours été régulière. Elle ne paraît pas avoir eu la syphilis et nous n'avons trouvé sur son corps aucun signe qui nous indiquât une contamination ancienne.

Depuis quelques mois, elle a commencé à ressentir un épuisement progressif de ses forces. Elle avait à ce moment un tremblement généralisé des membres inférieurs et supérieurs ainsi que de la tête. Lorsqu'elle voulait parler, les mots étaient saccadés par suite de ce tremblement.

A son entrée à l'infirmerie, je constatai un état d'affaiblissement très notable des forces physiques. Elle ne pouvait marcher qu'avec peine, traînant les jambes. Les mains pouvaient à peine en serrant, faire un faible effort. Elle tirait difficilement la langue hors de la bouche et celle-ci présentait des tremblements disséminés. La voix avait le timbre si caractéristique que l'on ne rencontre que chez les paralytiques généraux. Elle était traînante et nasonnée par paralysie commençante des muscles du palais. La langue était légèrement déviée à gauche; la tête était inclinée dans le même sens. La malade, au début, avait conscience de sa situation; elle paraissait lucide, et ses réponses, quoique lentes, et quelquefois hésitantes, étaient pourtant correctes et en harmonie avec les interrogations. La sensibilité était conservée sur la surface de la peau, néanmoins elle était émoussée. L'état général de ses facultés était surtout de l'apathie et de l'indifférence. Elle ne demandait rien, se rendait encore compte de sa situation, et vivait satisfaite de se trouver à l'hôpital. Il n'y avait chez elle aucune trace de conception délirante; elle était calme et échangeait à peine quelque conversation avec son entourage. La mémoire était notablement affaiblie, elle ne put nous donner quelques renseignements sur son passé qu'avec difficulté. Néanmoins, dans les premiers temps, elle était encore lucide, et se rendait bien compte de ce qui se passait autour d'elle. Elle ne cherchait pas à se lever et restait volontiers assise dans son lit, essayant de faire de la charpie. Elle mangeait encore seule.

Peu de temps après son arrivée, on s'aperçut que si le jour la malade était calme, il n'en était pas de même pendant la nuit. Elle était en ce moment, en proie à des terreurs spontanées. Elle interpellait des êtres imaginaires; elle voyait des revenants; elle cherchait à sortir de son lit. Peu à peu, cet état d'excitation nocturne devint presque quotidien. En même temps, on notait une aggravation des symptômes précédents. La paralysie des muscles pharyngiens qui s'était révélée par un timbre nasonné de la voix, se manifestait maintenant par de la dys-

phagie. La malade avait de la suffocation en avalant des liquides, et, en même temps, l'apathie, l'indifférence, s'accentuaient de plus en plus; si bien que, les forces physiques allant rapidement en déclinant, elle restait ainsi dans le décubitus dorsal, les yeux ouverts, sans rien demander, et ne comprenant que vaguement les paroles qu'on prononçait à ses oreilles; et cela dans l'espace d'environ trois semaines. Cet état d'anéantissement généralisé des forces physiques et mentales, développa sous nos yeux sa marche rapide et envahissante, si bien qu'au bout de cette époque, cette femme était arrivée à la troisième période de la paralysie générale. Elle ne pouvait que balbutier quelques réponses, elle ne faisait part d'aucun besoin. Il fallait la faire manger et boire, l'incontinence des matières solides et liquides était complète.

Une fois ces symptômes déclarés, la nutrition s'alanguit de jour en jour, et finalement elle s'éteignit dans un état d'épuisement rapide après trois mois de séjour à l'hôpital.

L'autopsie de l'encéphale présenta des particularités notables à signaler.

Les lobes cérébraux ayant été enlevés avec précaution et séparés l'un de l'autre par une incision médiane, je constatai que la surface des méninges, au lieu de présenter comme chez les vrais paralytiques avec délire et troubles psychiques, des plaques laiteuses, de l'infiltration séreuse sous-arachnoïdienne, de l'hyperémie diffuse donnant à la surface du cerveau une coloration si spéciale, était au contraire à peine rosée, qu'il n'y avait ni œdème ni infiltration sous méningée, ni adhérences des méninges, et que çà et là, tant dans les méninges qu'à la surface de l'écorce, on notait seulement quelques arborisations localisées avec des stries blanchâtres provenant de l'épaississement scléreux de la gaîne vasculaire.

A l'incision, la coupe de l'écorce était d'une coloration café au lait pâle, et çà et là notablement amincie. La substance blanche corticale était mollasse, la cavité des ventricules élargie.

Mais c'est surtout dans les régions inférieures de l'encéphale que les lésions les plus caractéristiques se sont manifestées. En faisant, en effet, une incision verticale des deux couches optiques, je constatai tout d'abord, qu'elles étaient exsangues, d'une coloration blafarde, et en appliquant la pulpe du doigt à la surface, je constatai en même temps que le tissu était induré par places et présentait çà et là une série de petites nodosités régulières faisant saillie à la surface. L'examen des régions sous-optiques me fit constater que la même infiltration scléreuse se prolongeait dans ces mêmes régions et semblait

être en continuité avec les nodosités des régions précédentes. Un examen histologique complet, fait ultérieurement, à l'aide de coupes minces de cette région, me fit constater l'existence d'une hyperplasie conjonctive intense constituant une trame feutrée excessivement serrée, ayant complètement pris la place des éléments nerveux dont je n'ai pu retrouver trace. Les parois des capillaires paraissaient être le foyer d'origine de ce travail néoplasique.

Le cervelet était petit, recroquevillé; à l'incision, ce tissu était ferme et résistant comme du caoutchouc. Les méninges cérébelleuses étaient épaissies et très adhérentes. La substance grise était amincie, et la couche sous-méningée présentait un liseré blanchâtre. Çà et là, on rencontrait de gros troncs vasculaires. Les pédoncules cérébelleux moyens étaient grêles.

La région bulbaire était le siège d'un ramollissement localisé La surface du quatrième ventricule était légèrement bistrée, dans toute sa hauteur, l'épendyme épaissi, les filets de l'acoustique étaient à peine apparents.

L'examen des viscères ne révéla l'existence d'aucune autre lésion notable.

Ainsi, voilà en résumé l'histoire pathologique d'une femme, qui, dans l'espace de quelques mois, parcourut d'une façon rapide les phases de la paralysie générale, et je dirai même les phases purement somatiques, car pendant le temps qu'elle fut sous nos yeux, nous ne constatâmes jamais les conceptions spéciales à la paralysie générale complète. La maladie chez elle a en quelque sorte avorté. Elle n'a présenté que le cortège des troubles somatiques : tremblement au début dans les quatre membres, tremblement de la langue; ensuite parésie progressive sévissant sur l'ensemble des facultés motrices et amenant à bref délai une impossibilité dans la marche, et le besoin absolu du repos horizontal; et pour terminer, la paralysie complète des sphincters. Toute l'action morbide a donc porté sur les sphères de la vie somatique, les sphères psychiques ayant subi par contre-coup l'influence stupéfiante irradiée de leurs congénères (1).

(1) Au point de vue de la classification nosologique et anatomo-pathologique on pourrait peut-être dénommer ces paralysies générales

Que trouve-t-on en effet à l'autopsie?

Les départements du système nerveux qui fournissent à l'état physiologique les puissances dynamiques de la vie de relation sont pareillement dans un état de désorganisation très avancée. Le cervelet est petit, ratatiné et sclérosé. De plus, les régions sous-optiques qui reçoivent les irradiations des pédoncules cérébelleux supérieurs (noyaux rouges de Stilling, substance grise de Sœmmering, bandelettes accessoires), qui ont des connexions si intimes avec le cervelelet, et qui servent à la dispersion de son innervation intra-cérébrale, sont envahies par des indurations scléreuses qui ont écrasé les éléments actifs de la vie nerveuse. La force somatique a disparu au fur et à mesure que l'invasion scléreuse[1] anéantissait successivement les foyers naturels qu la créent. Bien plus, non-seulement ces productions scléreuses ont traduit leur action destructive sur les phénomènes de la motricité, mais encore leur propagation dans le tissu des couches optiques a amené *ipso facto* une oblitération profonde des voies de la propagation des impressions sensorielles dans l'intimité des lobes cérébraux. De là incontestablement cette apathie, cette indifférence avec hébétude, que nous avons pu suivre jour par jour chez notre malade. L'obtusion intellectuelle est venue peu à peu, par le fait de l'envahissement progressif et rapide d'une portion des régions thalamiques, que j'ai considérées jusqu'ici comme les véritables portes d'entrée des impressions sensorielles, et l'on peut dire que l'esprit est devenu silencieux chez cette malade faute des aliments nécessaires pour le mettre en éveil. L'absence de lésions profondes, d'atrophies corticales partielles, la rapidité de la marche de l'obtusion intellectuelle nous portent à penser que le mécanisme de

somatiques à évolution incomplète, sous la dénomination de scléroses interstitielles de la base de l'encéphale.

la démence n'est pas dans ce cas imputable à des lésions destructives de l'écorce, mais bien à des lésions intimes, situées à distance, qui mettent obstacle à son mode d'activité physiologique.

Il nous reste une question à poser ici. Quelle est la nature de ces nodosités scléreuses qui se sont ainsi développées sous forme d'infiltrations plastiques à la base de l'encéphale et ont déterminé ces symptômes si graves? — Faut-il, quoiqu'il n'y ait pas d'antécédents, accuser la présence d'une néoplasie syphilitique quoique les renseignements donnés par la malade et l'examen direct ne nous aient rien révélé de spécial sur ce point de pathogénie.

C'est une question qu'il faut réserver, car les rapports de la syphilis et de la paralysie générale ne me paraissent pas, du moins sous cette forme de nodosités scléreuses, suffisamment élucidés, pour qu'on puisse en tirer des déductions précises.

La pathogénie des scléroses en général, et en particulier du système nerveux, celle des scléroses nodulaires, est encore un des points les plus obscurs de la pathologie contemporaine et je crois qu'il est bon de réserver notre appréciation.

L'histoire pathologique de la seconde malade présente les plus grandes analogies avec les détails que nous venons d'exposer. Ce sont toujours les mêmes troubles somatiques de la paralysie générale, imputables à des lésions scléreuses localisées aux régions de l'activité somatique de la base de l'encéphale.

Il s'agit d'une femme de 46 ans, la nommée H..., entrée à l'infirmerie de la Salpétrière le 14 novembre 1883, salle Pinel, n° 4.

Au moment de son entrée, cette malade avait encore sa lucidité et, quoique notablement affaiblie de corps et d'esprit, elle

pouvait se rendre compte de son état. Elle faisait remonter le début de sa maladie à environ huit mois. Femme d'ouvrier, elle s'occupait dans son ménage, et, son mari étant venu à mourir, elle ne put subvenir à l'entretien de ses quatre enfants et tomba peu à peu dans une misère profonde. Les causes morales semblent avoir joué un rôle important dans la pathogénie de la maladie actuelle. Elle se plaignait au début d'une céphalalgie frontale très intense qui finit par disparaître.

Ce qui était surtout caractéristique ici, c'était l'affaiblissement général des forces corporelles et la notion qu'avait cette femme de sa faiblesse musculaire.

Au moment où nous la vîmes, il y avait outre cette asthénie profonde qui l'obligea à garder le repos, de l'inégalité pupillaire, du tremblement de la langue et de l'hésitation de la parole.

Il n'y avait chez elle aucune conception délirante, elle répondait d'une façon correcte aux interrogations, et, pendant les trois mois que je l'ai eue en observation, je n'ai jamais constaté l'existence d'un trouble psychique actif. Elle avait bien de l'insomnie avec tendance à se lever; elle était légèrement agitée à ce moment et en proie à quelques rêvasseries de nature hallucinatoire. Les manifestations psycho-intellectuelles étaient plutôt affaiblies; le cercle des idées était très rétréci et si au début la démence était imminente, il faut bien dire que ses progrès furent rapides et qu'environ cinq semaines après son entrée dans nos salles, elle était presque complète, vers le 20 décembre. La céphalalgie frontale était encore fréquente et, chose remarquable, qui coïncide avec les faits que nous avons signalés dans ce journal (1) au sujet de la locomobilité intra-crânienne du cerveau, cette céphalalgie augmentait d'intensité *lorsqu'on mettait la malade debout.* Dans cette attitude verticale du cerveau on faisait apparaître chez elle une véritable douleur provoquée par le changement de position.

La malade, non seulement était arrivée à un état d'affaiblissement musculaire extrême en vertu duquel elle gardait continuellement le repos horizontal, mais encore l'obtusion intellectuelle était telle qu'il lui arrivait de pouvoir à peine prononcer quelques phrases confuses, sous forme de sons gutturaux, mais corrects, et en rapport avec les questions posées. En même temps, on notait, principalement la nuit, des phénomènes convulsifs qui se développaient souvent en séries subintrantes.

A partir de cette époque, et comme on le voit, dans un court

(1) *L'Encéphale*, *1884*. La locomobilité intra-crânienne du cerveau, p. 276 et 417.

délai, les accidents s'accentuent de plus en plus. La malade, continuellement dans le décubitus horizontal et secouée de temps en temps par des convulsions épileptiformes, ne mena plus qu'une existence végétative, on l'alimenta à la sonde et néanmoins, quoique très profondément débilitée, elle put encore dans les derniers temps répondre par oui et par non à certaines interrogations, ce qui indique que les régions perceptives du cerveau n'étaient pas encore très notablement délabrées, puisque des manifestations conscientes pouvaient encore en sortir sous forme de sons articulés précis. Elle mourut subitement après une série d'attaques convulsives.

A l'autopsie je constatai une énorme quantité de sérosité roussâtre infiltrée sous les méninges. La surface des lobes cérébraux dépouillée des membranes était légèrement rosée mais sans hyperémie violente et surtout sans adhérences avec les membranes, celles-ci n'étaient ni épaissies ni tachetées de plaques laiteuses. L'écorce incisée était légèrement pâle; il en était de même de la substance grise du corps strié qui semblait décolorée. En certains points les parties sous-méningées de l'écorce étaient nettement ramollies. Le tissu des couches optiques n'était pas notablement induré; les noyaux étaient moins facilement appréciables. Les ventricules latéraux étaient dilatés. La substance blanche cérébrale était mollasse et imbibée de sérosité. Les plexus choroïdes étaient gorgés de sang. A la surface corticale les réseaux sanguins présentaient çà et là quelques arborisations rares, sans constituer des plaques rouges d'hyperémie comme on les constate dans les formes complètes de la paralysie générale.

C'est à la base de l'encéphale, dans les mêmes régions indiquées précédemment, que siégeaint des lésions importantes presque identiques à celles que nous avons déjà signalées.

Les régions des noyaux rouges de Stilling étaient indurées des deux côtés et rigides sous le doigt. En promenant légèrement la pulpe du doigt sur les points indurés, on avait la notion d'une partie résistante et d'autant plus appréciable que le tissu ambiant était rarefié et mollasse. Elle était le siége d'un pointillé vasculaire très intense.

Le cervelet était comme dans le cas précédent petit et atrophié. Les fibres centrales des follioles étaient amincies et filiformes de sorte que la masse de substance blanche centrale était très notablement réduite. L'écorce cérébelleuse était passablement amincie, elle était violacée par places et alors de coloration grisâtre. Le corps rhomboïdal gauche était très notablement induré; il se présentait sous forme d'un liseré rougeâtre rigide et saillant à la surface de la coupe.

Le tissu de la protubérance était ferme et induré en masse;

les corps olivaires du bulbe se présentaient à la coupe sous forme de rubans onduleux et rigides, formant une coque dure, saillante aussi. La région bulbaire parcourue par de nombreux capillaires, ainsi que la région protubérantielle, était pareillement d'une rigidité notable indiquant de nombreuses infiltrations sclérosiques. La surface du quatrième et du troisième ventricule était très notablement épaissie ; elle pouvait s'enlever par fragments comme des morceaux de parchemin mouillé ; la substance grise sous-jacente était ramollie et parcourue par de nombreux capillaires.

Toutes les régions indurées ont été ultérieurement soumises à un examen histologique approfondi, à l'aide de coupes minces, et il résulte de cet examen que la lésion fondamentale que j'ai retrouvée çà et là disséminée dans toute l'étendue des régions envahies, consistait en une hyperplasie envahissante de la trame conjonctive qui formait par places des dépôts infiltrés; ceux-ci ont étouffé peu à peu les éléments nerveux et réduit au silence leurs propriétés dynamiques (1).

Les deux observations que je viens de citer et qui, parmi celles que je possède sur le même sujet, me paraissent les plus démonstratives, mettent en saillie les points suivants :

Elles démontrent que si, dans certains cas, les troubles somatiques de la paralysie générale ne se développent pas avec le cortège complet de conceptions délirantes, d'idées ambitieuses et hypochondriaques, si le processus morbide est en quelque sorte avorté et demeure limité dans les sphères automatiques, c'est que les régions supérieures de l'encéphale, l'écorce cérébrale restent relativement indemnes et que les efforts du mal se trou-

(1) L'étude anatomo-patholologique microscopique des lésions scléreuses dans l'intimité du système nerveux, est une recherche assez délicate qui exige de celui qui la fait une certaine habitude, non seulement de la topographie des régions sous-optiques en question dont la plupart des médecins en France et même des anatomistes de profession ne soupçonnent pas l'existence précise, mais encore de la consistance normale du tissu nerveux des mêmes régions. — Il faut avoir en effet très présente à l'esprit la notionprécise de l'état normal au moment de l'autopsie, pour savoir dépister la consistance anormale et reconnaître les désordres profonds dont les régions suspectées sont devenues le siège. L'examen histologique à l'aide de coupes unies permet du reste de se prononcer avec certitude et de donner une démonstration certaine des faits allégués.

vent localisés soit dans les régions spinales, soit dans les régions de le base de l'encéphale.

Ces observations mettent en saillie un point d'anatomie pathologique sur lequel depuis 1865 j'ai appelé l'attention : l'action considérable que l'activité cérébelleuse exerce sur les différentes manifestations motrices et sur la puissance musculaire particulièrement (1).

Or que trouvons-nous dans ces deux observations si caractéristiques au point de vue de l'affaiblissement rapide des forces motrices qui sont si radicalement frappées dès le début?

C'est l'état atrophique du cervelet; dans ces deux cas en effet, il est noté ramolli et induré — et, d'autre part, quelles sont les régions envahies de la base? — Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble, nous voyons que ce sont précisément les régions parcourues par les courants d'innervation irradiée du cervelet qui sont particulièrement intéressées.

Ainsi ce sont les noyaux rouges de Stilling, points de concordance des pédoncules moyens qui concourent d'une façon si intime, à la formation de la région protubérantielle, la substance grise de la protubérance et enfin les corps olivaires de la région bulbaire qui sont en rapport avec les fibres ultimes des pédoncules inférieurs.

Partout dans ces mêmes régions, c'est la sphère spéciale à travers laquelle se dissémine l'innervation cérébelleuse qui se trouve intéressée et envahie par la prolifération scléreuse.

C'est dans ces régions que l'influence motrice se concentre à l'état normal, et, lorsqu'elles sont lesées les phénomènes de tremblement se développent; alors dans les lésions ainsi localisées, les courants nerveux cessent d'être répartis suivant le mode physiologique, la puis-

(1) Voir Luys, *Recherches sur le système nerveux*. J. B. Baillière.

sance motrice disparaît à mesure que les foyers d'innervation destinés à la produire s'éteignent. C'est la faiblesse qui domine, c'est l'*asthénie généralisée* qui plane sur l'ensemble et qui amène alors cet état d'épuisement et d'usure des forces qui était si caractéristique chez nos deux malades.

C'est ainsi, à mon avis, qu'il convient d'interpréter la valeur du siège des lésions observées et les manifestations symptomatiques observées.

Que l'on adopte ou que l'on récuse cette interprétation, il ne m'en semble pas moins établi que les troubles somatiques de la paralysie générale sans délire, peuvent être légitimement rapportés dans ces deux cas à une sclérose intertitielle répartie soit sous forme diffuse ou soit sous forme de noyaux isolés dans les régions sous-optiques, protubérantielles et cérébelleuses, tandis que les régions corticales sont relativement indemmes, et ne présentent pas ces lésions profondes que l'on rencontre d'habitude lorsque la maladie s'est développée principalement du côté de la sphère de l'activité psychique (1).

(1) Il est curieux de constater que l'on trouve dans les auteurs quelques observations disséminées recueillies avec parti pris et qui viennent appuyer dans une certaine mesure les opinions que nous venons d'exposer au sujet de la localisation dans les régions basiques de l'encéphale des manifestations de la motricité.

Ainsi Aubanel a rapporté l'histoire d'un malade qui présente le tableau des troubles de la paralysie générale (affaiblissement des forces motrices avec amorose, troubles de la parole gatisme), et chez lequel il ne rencontra à l'autopsie comme lésion prédominante qu'une tumeur du volume d'un œuf de poule ayant détruit le lobe cérébelleux gauche et comprimé et ramolli les lésions des tubercules quadrijumeaux et celles de la protuberance (*Annales Medico-psych.* 1858, p. 436.

On trouve encore dans le même recueil une observation de Bence Jones (1848 p. 419) dans laquelle il s'agit d'un sujet tuberculeux, chez lequel on trouva des tuberçules dans la protuberérance et le cervelet, et comme symptômes pendant la vie on n'avait noté que de la faiblesse dans les jambes sans paralysie avec difficulté dans la parole et quelques troubles intellectuels.

Chez un autre sujet dont l'observation est rapportée, p. 447-1850 on rencontra dans le lobe cérébelleux droit une masse pulpeuse ramollie au centre de laquelle existait un foyer hématique du volume d'un œuf de poule.

Cet homme âgé de 52 ans avait été pris peu à peu de perte d'énergie

LES FAIBLES D'ESPRIT

CONFÉRENCE FAITE A L'ASILE SAINTE ANNE (1)

Par le Dr GILSON

Chef de clinique de la Faculté de médecine, Médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne

Dans une leçon restée célèbre, M. le Professeur Ball faisait un jour avec vous une excursion intéressante dans un domaine encore peu exploré de l'aliénation mentale, je veux parler des frontières de la folie (2). Ces frontières, mal délimitées jusqu'ici, comprennent pourtant un vaste domaine, et elles réunissent dans leur territoire une foule d'états mal définis, confinant d'un côté à l'état sain, de l'autre à l'état morbide. Aussi voit-on ces malades, tantôt abandonnés à eux-mêmes en pleine liberté, tantôt internés dans les asiles à la suite d'actes indélicats ou coupables. Quelquefois même ils ne franchissent jamais les murs de l'asile; vivant dans le monde, ils sont traités d'excentriques et d'originaux; mais le médecin aliéniste reconnaît en eux de futurs malades, et, selon une expression devenue courante, des candidats à l'aliénation mentale.

Le vaste domaine des frontières de la folie com-

morale, d'incapacité de travailler, d'un affaiblissement progressif. Dans les derniers temps qui correspondent vraisemblablement à la période pendant laquelle le travail d'hypéremie progressive se produisait dans le cervelet, il fut pris d'un état d'apathie générale et léthargique dans lequel il devint complètement indifférent aux choses du dehors.

Ainsi, dans ces trois exemples la concordance entre les lésions localisées à la base de l'encéphale ainsi que je les ai indiquées et les troubles somatiques caractérisés par de l'impotence modérée et de l'affaiblissement général des forces se trouvent suffisamment justifiés. Nous pouvons dire que nous sommes autorisés à avancer qu'il s'agit là d'un point spécial et nouveau de l'histoire de la paralysie générale qui mérite de fixer l'attention des cliniciens physiologistes.

(1) Nous remercions ici chaleureusement M. le professeur Ball qui a bien voulu avec une libéralité peu commune, nous céder la parole dans l'amphithéâtre de la faculté de médecine.

(2) B. Ball, *Les frontières de la folie*. L'Encéphale, in-8o, 1883.

prend plusieurs provinces. L'une des plus intéressantes est celle des *faibles d'esprit*. Ces malades forment le premier échelon des états désignés aujourd'hui sous le nom de folies morphologiques. Sous ce nom, vous le savez, on décrit des affections d'origine congénitale, caractérisées par l'absence complète ou le développement imparfait des facultés intellectuelles et morales. Ce sont plutôt, comme le disait Georget, (1) des monstres que des malades ; ce sont des êtres imparfaits, au même titre que les cryptorchides ou les ectromèles par exemple. Dans ces états on doit distinguer des degrés et l'on peut former une échelle ascendante, dont les divisions fondamentales sont représentées par : 1° les idiots ; 2° les imbéciles ; 3° les faibles d'esprit. Ces derniers seuls nous occuperont.

Sous le nom de faibles d'esprit, on doit entendre non seulement ceux qui présentent un développement incomplet des facultés intellectuelles, mais encore ceux qui, par suite d'un défaut d'équilibre, sont incapables de régler leur existence. Ce sont les excentriques, les anormaux et les insuffisants (Bigot), tous états qu'on peut réunir aujourd'hui sous la dénomination collective de débilité mentale. Esquirol semble être le premier qui se soit occupé d'une manière spéciale de cette classe d'individus, il en a trouvé des exemples historiques dans la personne des fous des rois de France, et il a pu dire avec justice que Triboulet n'était qu'un spirituel imbécile (2).

En général, les faibles d'esprit présentent peu de signes physiques et on ne saurait, comme dans l'idiotie et le crétinisme, faire le diagnostic sur la simple ins-

(1) Georget. *De la Folie*, page 102. Paris 1820.

(2) Cette question a été reprise et étudiée avec détail par Paul Moreau (de Tours). Paris, 1885. Voy. Paul Moreau (de Tours). *Fous et Bouffons*. Étude physiologique, psychologique et historique. J. B. Ballière, et fils éditeurs. *Encéphale* nos 4 et 5. 1884.

pection de la physionomie du malade. Souvent même la conformation générale est normale ; tout au plus, rencontre-t-on parfois l'une ou l'autre de ces anomalies décrites par Morel sous le nom de stigmates héréditaires (développement incomplet des organes génitaux, doigts palmés ou supplémentaires, oreilles non ourlées, etc.). Quelques-uns de ces malades ont des troubles de la la parole; par exemple le bégaiement et le zézaiement sont regardés comme fréquents dans l'imbécillité et dans la faiblesse d'esprit.

Pour connaître les faibles d'esprit, il faut les suivre depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Au collège, ils occupent constamment les derniers rangs de la classe, ce sont des élèves incorrigibles et c'est seulement à force de répétitions supplémentaires que l'on parvient à leur faire suivre le cours régulier des études. Les parents, toujours aveugles, attribuent l'insuccès de leurs enfants bien plutôt à l'inexpérience des maîtres qu'à la pauvreté d'esprit de l'élève et bientôt celui-ci va changer chaque année de lycée et d'école, étalant partout la même incapacité. Ces élèves, qui ne peuvent réussir à rien, se croient malgré cela de petits génies et ils étonnent leurs proches par leur suffisance orgueilleuse. S'ils appartiennent aux classes pauvres, ils vont rester dans l'ignorance, apprendre péniblement un métier et souvent peupler les bancs des maisons de correction et de la police correctionnelle. S'ils appartiennent aux classes riches de la société, ils s'engageront dès l'adolescence dans les régiments des colonies ou ils vont essayer de faire fortune au loin en entreprenant un voyage au long cours. Partout ils montrent la même inégalité de caractère et l'on voit souvent le nouvel engagé envoyé dans les compagnies de discipline ou devant le conseil de guerre. Les faibles d'esprit ne savent pas résister à leurs instincts. Le pouvoir d'arrêt fait chez eux presque

complétement défaut et on les voit entrer souvent dans des colères irréfléchies et violentes. Le défaut presque absolu d'équilibre les rapproche à cet égard des hystériques. Comme l'a dit Marcé, ce sont des instruments auxquels il manque un certain nombre de cordes. La voix publique sait les apprécier, quand elle dit d'eux, dans son langage vulgaire qu'il leur manque une case.

Les faibles d'esprit forment deux grandes variétés : les actifs et les passifs.

Les passifs sont crédules et timorés ; ils n'osent rien faire sans la direction de quelqu'un et ils deviennent souvent les victimes du charlatanisme et de la superstition. N'osant pas affronter la lutte pour l'existence, ils aimeraient à s'enfouir dans une retraite profonde et feraient volontiers le sacrifice de leur indépendance, pour conquérir à ce prix la tranquillité de l'esprit et l'insouciance du lendemain. Les couvents offraient autrefois une retraite toute naturelle à cette classe d'individus, et maintenant encore on voit souvent quelques-uns de ces faibles d'esprit, doués d'une intelligence au-dessous de la moyenne, s'attacher avec une reconnaissance servile à leur bienfaiteur ou bien passer avec bonheur leur existence dans les hôpitaux ou les asiles (1). Malheureusement ces êtres passifs tombent souvent dans de mauvaises mains ; ils obéissent aux suggestions coupables qui leur sont inspirées, et deviennent un instrument docile pour les malfaiteurs.

La deuxième variété des faibles d'esprit, les actifs, est presque le contre-pied de la première. Autant les premiers sont timides, autant ceux-ci sont pleins de suffisance. Ils aiment les vêtements excentriques et les couleurs voyantes. Ils commencent un travail et ne le finissent jamais. Ils exercent tour à tour une foule de

(1) Voir à ce sujet une étude intéressante de G. Flaubert. Un cœur simple, de G. Flaubert. Trois contes.

métiers disparates, ne savent s'arrêter à aucun et ne réussissent à rien.

Nous avons essayé jusqu'ici de tracer une esquisse générale de la débilité mentale. Pénétrons plus avant maintenant et examinons tour à tour les facultés intellectuelles et morales de ces malades.

Les facultés intellectuelles, considérées dans leur ensemble, ont un développement insuffisant; les faibles d'esprit apprennent difficilement; mais, à force de travail, ils arrivent souvent à une instruction suffisante. Quelquefois même ils présentent une faculté anormalement développée au détriment des autres, particulièrement la mémoire. Il n'est pas rare de voir des faibles d'esprit, retenant avec une facilité prodigieuse les dates, la géographie, etc. Quelquefois aussi ce sont des calculateurs émérites; ils ne sauraient résoudre un problème tant soit peu difficile et ils font en quelques minutes les calculs de tête les plus compliqués. Enfin on a vu des faibles d'esprit exceller dans les arts manuels ou dans les arts d'agrément, comme la musique ou le dessin.

Les facultés morales des faibles d'espris présentent plus d'un point intéressant à étudier pour le médecin aliéniste. Mal équilibrés et abandonnés à leurs instincts, ils ne savent pas résister à l'entraînement des passions, ils ne savent pas mettre en regard la satisfaction de leurs appétits et les conséquences funestes que celle-ci engendrera; ils font souvent le mal et on peut dire qu'ils le font plutôt par bêtise que par méchanceté. Contrairement à ce qui arrive dans l'épilepsie, ils ont parfaitement conscience de leurs actions, quelquefois même ils exploitent leur simplicité d'esprit et l'exagèrent volontiers pour tromper leurs semblables. Ils ressemblent ainsi à quelques habitants de la campagne et à quelques hommes célèbres, qui aiment à simuler la faiblesse d'esprit, pour mieux circonvenir ceux dont ils ont besoin.

Les actes délictueux, dont peuvent se rendre coupables les faibles d'esprit, sont très variés. Chez eux, les instincts génésiques sont rarement normaux; tantôt ils se développent avec précocité, tantôt ils subissent un retard dans leur apparition. Les faibles d'esprit se trouvent souvent impliqués dans des affaires judiciaires relatives aux attentats à la pudeur; ils y figurent, soit comme agents actifs, soit comme agents passifs. Actifs, ils n'hésitent pas à employer la violence pour satisfaire leur passion; passifs, ils donnent lieu par leur simplicité et leur faible résistance aux entreprises des débauchés. Dans la plupart des affaires judiciaires, les enfants, qui sont ou sont censés être victimes d'attentats à la pudeur sont des idiots, des imbéciles ou des faibles d'esprit.

Plusieurs cas de vols ou d'incendie peuvent être reprochés à des faibles d'esprit; ces actes criminels sont toujours commis maladroitement et généralement pour satisfaire un besoin immédiat et puéril. Enfin dans leurs colères subites et véhémentes, les faibles d'esprit vont souvent jusqu'à l'homicide et, n'ayant pas toujours été considérés comme aliénés ils ont payé de leur vie leurs emportements. A côté de cette variété nous devons signaler des faibles d'esprit, qui montrent des sentiments généreux et un dévouement insatiable. Ces sentiments sont souvent poussés jusqu'à la servilité et à la bêtise, et généralement ces faibles d'esprit font partie des êtres passifs dont nous avons parlé précédemment.

La faiblesse d'esprit étant une infirmité, on peut deviner que cet état anormal ne cesse qu'avec la vie. Mais souvent l'existence du faible d'esprit est marquée par l'apparition de troubles mentaux surajoutés; c'est tantôt un accès d'excitation maniaque, tantôt un accès de mélancolie. Enfin souvent les faibles d'esprit présentent des idées de persécution, souvent difficiles à distinguer du véritable délire de persécution. D'ordinaire, c'est l'ha-

bitude de ces malades de se poser en victimes et de montrer pour leurs proches des sentiments d'envie et de jalousie. Mais quelquefois ces sentiments prennent un caractère anormal d'intensité et le faible d'esprit en arrive à créer de toutes pièces un roman d'ordinaire mal conçu, auquel il finit par croire lui-même.

Les causes de la faiblesse d'esprit sont celles de la plupart des affections mentales. On a incriminé tantôt l'âge avancé des parents, tantôt des mariages consanguins. Mais, sans contredit, la cause la plus active est l'hérédité. Il faut entendre par ce mot non seulement l'existence de la faiblesse d'esprit chez les antécédents, mais même l'existence d'affections similaires. Chez les parents des faibles d'esprit, on peut constater souvent l'alienation mentale, l'épilepsie, l'hystérie et l'alcoolisme. La scrofule et le rachitisme ont été aussi signalés comme une cause active de dégénérescence au point de vue mental. Enfin, s'il faut en croire Moreau (de Tours) et ranger avec lui le génie au nombre des névroses, cet état mental lui-même pourrait être chez les descendants une cause de déchéance intellectuelle. Ce ne sont là encore que des hypothèses ingénieuses, que le cadre de cette conférence ne nous permet pas d'approfondir.

Les faibles d'esprit sont le sujet fréquent des expertises les plus délicates de la médecine légale. Nous avons vu qu'ils étaient sur les frontières de la folie; il est donc souvent impossible de répondre par oui ou non aux questions qui sont faites sur leur compte par le tribunal. D'ailleurs la médecine légale des aliénés se prête mal à une formule absolue et mathématique et l'on peut dire que chaque malade doit être étudié pour lui-même. Les faibles d'esprit ne sont pas responsables, comme le seraient des êtres normaux; chez eux en effet, il y a un développement insuffisant des facultés intellectuelles et morales. Mais ils ne sont pas non plus complétement irres-

ponsables comme certains aliénés ; car, en faisant le mal, ils ont une conscience parfaite de leur culpabilité et les moyens de répression ont prise sur leurs déterminations. Pour les faibles d'esprit, on est donc forcé d'admettre, croyons-nous, une responsabilité partielle, dont la gravité est à apprécier pour chaque cas particulier.

Les faibles d'esprit, lorsqu'ils ne sont pas internés doivent être surveillés de très près par leurs familles ; nous avons vu en effet à quelles violences ils se laissent emporter et plus d'une fois la sureté publique est troublée par leurs actes délictueux. Ils sont sensibles à la réclusion dans une maison de santé et, sous l'influence de l'internement, on les voit presque toujours renoncer au moins momentanément à leurs erreurs et à leurs mauvais instincts. Malheureusement les parents des aliénés, trop souvent semblables aux aliénés eux-mêmes, autorisent avec complaisance les caprices de leur enfant et ne font ainsi qu'augmenter la gravité de l'affection. Les faibles d'esprit, on l'a répété maintes et maintes fois, doivent être gouvernés par une main de fer et il faut ajouter que ces conditions de sévérité ne peuvent guère être remplies que par des étrangers. Il faut résister aux instincts, aux passions et aux colères de ces malades ; mais il ne faut pas essayer de développer outre mesure leurs facultés intellectuelles ; car, sous l'influence d'un travail exagéré, on voit souvent le faible d'esprit devenir un imbécile.

UN CAS
DE PARALYSIE GÉNÉRALE
A L'AGE DE DIX-SEPT ANS

Par M. le Dr E. RÉGIS

Il n'est pas rare, lorsqu'on a eu la bonne fortune d'observer dans sa pratique un cas curieux ou exceptionnel, de tomber à peu de distance sur un cas identique destiné, semble-t-il, à venir confirmer ou démentir les premières observations. La Clinique se plaît souvent à ces rencontres et c'est précisément un fait de ce genre que je désire exposer ici.

J'ai publié récemment en effet dans ce journal (1) un cas de paralysie générale survenu chez un jeune homme à l'âge de dix-neuf ans, c'est-à-dire bien avant l'époque où cette maladie fait habituellement son apparition. Ce cas exceptionnel, dans lequel l'hérédité et peut-être aussi la syphilis paraissaient avoir joué un rôle important, différait à ce point de vue de la paralysie générale vulgaire qui, elle, survient habituellement sans cause bien évidente à la période moyenne de la vie, probablement sous l'influence prépondérante d'une déviation du processus anatomique normal qui se passe à ce moment dans la trame cérébrale. Aussi, fus-je amené à conclure que si la paralysie générale survenait ainsi exceptionnellement avant vingt-cinq ans, c'était sans doute par ce qu'une cause puissante, hérédité, syphilis, alcoolisme, traumatisme, diathèse générale ou locale etc. créait chez les sujets une prédisposition hâtive et plaçait pré-

(1) *Note sur la paralysie générale prématurée à propos d'un cas remarquable observé chez un jeune homme de dix-neuf ans.* (L'Encéphale, 1883 p. 433).

maturément leur cerveau dans les conditions anatomiques où il se trouve à l'époque de la maturité de la vie (1).

Or le hasard, par l'entremise d'un de mes excellents confrères de Bordeaux, le Dr Moreau, m'a mis peu de temps après en présence d'un nouveau malade chez lequel la paralysie générale encore plus prématurée, s'est déclarée dès l'âge de dix-sept ans, à peine au sortir de l'adolescence. Je crois intéressant d'exposer le fait en détail et d'en déduire les considérations auxquelles me paraît prêter sa singularité.

OBSERVATION. — L... (Edouard-Raymond) enfant naturel, est né à Bordeaux le 9 novembre 1864.

Son père, qui malgré l'irrégularité de sa naissance, n'a cessé de s'occuper de lui, est un homme de 47 ans, marié, intelligent, qui a un enfant légitime de deux ans, bien portant. Il est atteint depuis quelques années déjà de rhumatisme goutteux. Au reste, un de ses frères et son père sont morts eux-mêmes de la goutte.

Sa mère est une femme de 40 ans, intelligente, assez bien portante, mais très nerveuse et sujette, depuis quelque temps, à des pertes utérines qui l'ont profondément anémiée. Elle est veuve, mais n'a pas eu d'enfants de son mari. Son frère est mort à 24 ans d'une hernie étranglée. Ils étaient tous deux enfants naturels, mais reconnus. Leur père, mort à 65 ans d'une maladie de foie, se maria postérieurement à leur naissance avec une étrangère, et eut de ce chef deux enfants légitimes actuellement vivants et bien portants. Quant à leur mère, grand' mère maternelle du malade, par conséquent, elle est morte à 54 ans dans un état de lypémanie profonde, avec dépression, mutisme, refus d'aliments, tendance au suicide, qui durait depuis quatre ans et qui était survenue à la suite du mariage indiqué plus haut du grand père avec une étrangère.

Telle est la généalogie, un peu compliquée peut-être, du sujet, mais de laquelle il faut retenir surtout qu'il est enfant naturel,

(1) Une opinion pour ainsi dire analogue a été exprimée par le Dr Coffin, pour lequel la syphilis serait la cause la plus fréquente d'un certain ordre de paralysies générales, de celles qu'il appelle *précoces*, c'est-à-dire de celles qui font leur apparition dans la jeunesse, entre 25 et 35 ans. (*Comptes rendus des travaux de la société des Ve et XIIIe arrondissements de Paris*, 1868. — Communication orale).

issu d'arthritiques dans la lignée paternelle et petit-fils d'une aliénée du côté maternel.

Pour sa part, il n'a été atteint d'aucune affection cérébrale infantile, et a eu seulement dans le bas-âge une rougeole sans gravité.

Mis en nourrice dès sa naissance, il fut donné au bout de trois mois à une seconde nourrice, la première étant enceinte. Quelle affection contracta-t-il au contact de cette femme ? Il est difficile de l'établir d'une façon positive bien que, selon toute apparence, il s'agisse de syphilis. Toujours est-il qu'au bout de trois mois, le médecin du pays ordonna à la nourrice de rapporter l'enfant à sa mère. Celle ci constata alors qu'il portait sur différentes parties du corps et en particulier sur les jambes des boutons de mauvaise nature. Le médecin appelé par elle, dit qu'il s'agissait de chancres volants (?) et ajouta que si ce n'avait été par crainte du scandale, il aurait dénoncé la nourrice à la police. L'éruption fut traitée et guérie assez rapidement par des applications de pommade et des bains. Il ne fut pas fait d'autre traitement.

A dix ans, L... eut, comme dit sa mère, un coup de sang dans les deux yeux et, depuis cette époque, cet accident s'est renouvelé chez lui à plusieurs reprises. Mis à l'école, il fit preuve d'intelligence, et sut acquérir rapidement une instruction suffisante ainsi qu'on peut s'en convaincre par ses cahiers de classe dont j'ai conservé quelques spécimens.

Il y a quatre ans environ, c'est à-dire un peu avant dix-sept ans, notre jeune homme, qui fréquentait toujours l'école, fut atteint subitement, sans prodromes et sans autre phénomène concomitant, d'une chute de la paupière supérieure du côté droit qui depuis a persisté jusqu'à sa mort tantôt plus, tantôt moins accentuée.

A dater de ce moment, son intelligence commença à baisser, insensiblement d'abord, puis d'une façon très nette, si bien qu'il perdit peu à peu ce qu'il savait et que devenu tout à fait incapable, il fut renvoyé à la fin de l'année 1881 par son maître de pension qui obligea sa mère à le reprendre.

Pendant quelques mois, l'état resta stationnaire, puis sa mère ayant voulu lui faire suivre un traitement hydrothérapique, il fut pris d'excitation avec insomnie, besoin incessant d'activité, tendance aux emportements et à la violence mais surtout à l'onanisme. Enfin, l'embarras de la parole qui jusqu'alors avait été peu perceptible, devint dès ce moment manifeste pour tous.

L'affaissement intellectuel et les signes de parésie augmentèrent lentement mais progressivement, activés peut-être par les habitudes d'onanisme devenues très fréquentes. Au mois de

juillet 1883, le malade déjà presque inconscient, s'égara dans les rues, et on ne le retrouva que trois jours après aux environs de Blanquefort. C'est à ce moment que notre confrère le docteur Moreau le vit et conseilla à sa mère de le placer dans la Maison de santé où il entra effectivement le 4 août 1883.

A son arrivée, L... se présente avec les symptômes les plus nets d'une paralysie générale à forme démente sans conception délirante proprement dite. Je constate chez lui : un affaiblisment marqué de l'intelligence et en particulier de la mémoire qui fait qu'il a oublié jusqu'à son âge et au nom de ceux qu'il a le plus intimement connus ; une inconscience absolue de son état ; une indifférence très grande pour tout ce qui l'entoure et tout ce qui se passe autour de lui. Au point de vue physique, il existe également chez lui : un embarras considérable de la parole, embarras ataxo-parétique caractéristique, qui s'accompagne à chaque émission de mots de tremblements ataxiques, de véritables soubresauts des lèvres et des muscles de la face. La langue présente également une trémulation très nette et sa projection hors de la bouche se fait par saccades et au milieu d'un tremblement général de tous les organes environnants. Les pupilles sont paresseuses, inégales, la droite est beaucoup plus dilatée que la gauche. La paupière supérieure du côté droit recouvre toujours l'œil à demi, elle est rouge et secrète une matière muco-purulente assez abondante. Les mains sont tremblantes et très maladroites ; les jambes affaiblies et malhabiles donnent à la démarche un cachet d'incertitude particulier, l'écriture est devenue à peu près impossible, et ne présente plus que des caractères informes. Enfin, le malade a déjà gâté d'une façon intermittente, et il ne va pas tarder du reste, à avoir un relâchement complet des sphincters. Quant aux habitudes d'onanisme, elles persistent et s'accomplissent pour ainsi dire d'une façon automatique et inconsciente.

Tel est le tableau symptomatique présenté par le malade à son entrée et auquel il est impossible comme on le voit, de ne pas reconnaître une paralysie générale déjà avancée.

Quelques jours après M. le professeur Ball, de passage à Bordeaux à ce moment, vit le malade, et fut frappé comme moi de ce fait exceptionnel d'une paralysie générale survenue si prématurément.

Soupçonnant d'après les renseignements fournis par la mère et surtout par la constatation du ptosis unilatéral, véritable stigmate de syphilis cérébrale, l'existence d'une diathèse spécifique, j'instituai le traitement mixte dans toute sa rigueur, c'est-à-dire frictions tous les deux jours sur un quart de la surface du corps avec quatre grammes de pommade hydrargyrique et

potion quotidienne contenant de 4 à 6 grammes d'iodure de potassium.

Ce traitement fut assez mal supporté par le malade et les frictions, en particulier, ne tardèrent pas à provoquer chez lui de la salivation mercurielle sans que la moindre amélioration se manifestât dans son état. Au contraire, soit que la médication l'eut fatigué, soit progrès spontané de la maladie, il devint à peu près complètement gâteux, ses forces s'affaiblirent davantage, si bien que le 13 octobre 1883, c'est-à-dire deux mois après son entrée, sa mère, ne conservant plus d'espoir et désirant lui donner les derniers soins, le ramena chez elle.

Nous convînmes, avec le docteur Moreau, de recourir à un traitement à la fois dérivatif et révulsif, consistant en purgatifs légers fréquemment renouvelés et en application d'un vésicatoire permanent à la nuque auquel succéda un séton sur le même point. Notre confrère joignit à ces agents l'usage du phosphate de chaux à l'intérieur.

A ce moment, probablement sous l'influence de la médication, le malade s'améliora légèrement, en ce sens que les symptômes d'affaiblissement général diminuèrent d'intensité, la marche redevint possible, l'état gâteux disparut. Mais cette rémission ne dura que quelques mois ; bientôt la maladie reprit son cours et s'achemina rapidement vers la période de cachexie terminale.

Cette période de cachexie en dehors des symptômes habituels et en particulier de quelques ictus congestifs à type apoplectiforme qui se manifestèrent à deux ou trois reprises, présenta certains phénomènes insolites qu'il me paraît nécessaire de signaler. Ainsi, dans les derniers temps de la vie du sujet, il survint des épistaxis de plus en plus fréquentes et de plus en plus abondantes, accompagnées du côté de l'œil droit de ces taches hémorrhagiques qui s'étaient produites à plusieurs reprises depuis l'enfance. De même, lorsque le malade fut devenu grabataire et ne quitta plus son lit, certains points du corps plus exposés à la pression tels que les coudes, la nuque, la région dorsale présentèrent non pas des eschares analogues à celles que l'on observe habituellement dans la paralysie générale, mais de véritables poches ecchymotiques qui, en s'ouvrant, laissaient suinter une certaine quantité de liquide sanguinolent. Enfin M. Moreau qui a observé de près le malade pendant toute cette dernière période, me dit avoir constaté chez lui des douleurs de tête atroces, accompagnées de cris presque incessants, surtout la nuit.

Plongé dans un véritable marasme, L... s'affaiblit par degrés et il mourut par suite des progrès de la cachexie au mois de

de décembre 1884, c'est-à-dire quatre ans environ après le début de sa maladie.

Je tenais beaucoup à pratiquer l'autopsie et surmontant tous les obstacles, je fis prier la mère de vouloir bien consentir à la seule ablation du cerveau. Elle ne s'y opposa pas, pour sa part, mais elle voulut consulter le père de l'enfant. La réponse de ce dernier se fit attendre et n'arriva, d'autant plus malheureusement qu'elle était favorable, qu'au moment de la mise en bière c'est-à-dire trop tard pour que l'autopsie fût possible.

Je regrettai beaucoup, je l'avoue, ce contre-temps, non pas que le diagnostic m'eut paru douteux, je crois même qu'il ne peut pas l'être, mais parce que l'autopsie est toujours le complément presque forcé d'une observation intéressante, et que, dans le cas actuel, elle eut en outre, élucidé peut-être certaines particularités relatives notamment à l'âge et à la présomption de syphilis cérébrale.

Réflexions. — Quoi qu'il en soit, plusieurs points sont à relever dans cette observation. Je mentionnerai d'abord les moins importants, pour réserver une attention plus grande à celui de l'âge du sujet, qui me paraît primer tous les autres.

Je signalerai d'abord l'existence de nombreux arthritiques dans l'ascendance du malade du côté paternel, en ajoutant que j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de constater cette particularité ce qui semblerait indiquer, conformément aux idées de Bazin, une certaine parenté entre les diathèses arthritique et cérébrale.

Je signalerai en second lieu les accident oculaires et en particulier le ptosis, survenu chez le malade avant tout autre symptôme. Voilà plusieurs fois, en effet que j'observe cet accident chez des syphilitiques plus ou moins longtemps avant l'invasion des signes de la méningo-encéphalite, quelquefois six mois, quelquefois même plusieurs années avant. Nos confrères en oculistique doivent avoir eu, pour leur part, fréquemment l'occasion de constater ce fait qui semble établir une relation entre les accidents spécifiques et les accidents paralytiques, et qui, en tout cas, peut permettre de

de mettre en garde, chez les syphilitiques, contre l'évolution ultérieure d'une paralysie générale.

A ce propos, j'appellerai aussi l'attention sur l'inefficacité du traitement spécifique chez notre malade qui n'a amené, comme on l'a vu, aucun résultat favorable. On pourra m'objecter qu'il n'est pas absolument avéré que le sujet fut syphilitique; cela est vrai, mais j'ajoute que déjà dans maintes circonstances j'ai pu constater ce résultat négatif du traitement chez les paralytiques généraux manifestement syphilitiques, et je suis convaincu que beaucoup de mes confrères ont eu comme moi, l'occasion de le constater. Or cette inefficacité absolue du traitement, dans ces cas, est à rapprocher de son efficacité pour ainsi dire miraculeuse dans certains autres, pourtant analogues en apparence, et où l'on voit les symptômes les plus graves s'amender et disparaître comme par enchantement au bout de quelques jours. D'où vient cette différence radicale dans l'effet du même traitement sur des états qui paraissent identiques? Y a-t-il véritablement des cas plus accessibles que les autres à l'action thérapeutique, ou faut-il admettre que dans les cas où la médication reste absolument sans résultat la syphilis n'est pour rien dans le développement de la maladie et qu'il s'agit là non pas d'une paralysie générale ou d'une pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique, mais, ce qui est bien différent, d'une véritable paralysie génerale survenue chez un syphilitique sans intervention de la diathèse spécifique. Les deux hypothèses sont plausibles, mais la question ne laisse pas que d'être difficile à résoudre.

On sait, au reste, que cette question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis est encore, à l'heure actuelle, l'une des plus obscures et des plus controversées de la pathologie cérébrale. Il semble qu'il faille admettre à cet égard, avec M. le professeur Four-

nier, deux ordres de faits bien distincts : 1° des paralysies générales vraies, classiques, survenues chez des syphilitiques plus ou moins complètement en dehors de l'influence diathésique et qui, elles, évoluent d'une façon normale sans être aucunement améliorées par le traitement anti-syphililique; 2° des pseudo-paralysies générales syphilitiques, c'est-à-dire des états cérébraux offrant tous les caractères de la paralysie générale, mais susceptibles d'une amélioration et même quelquefois d'une guérison plus ou moins rapide sous l'influence du même traitement.

Pour en revenir à mon malade, je rappellerai certains phénomènes peu habituels dans la paralysie générale, qui ont marqué chez lui la fin de son affection, et en particulier les céphalalgies violentes, ainsi que les hémorrhagies spontanées de l'œil, de la muqueuse nasale et du tissu cellulaire sous cutané. En ce qui concerne ces derniers symptômes, je ne les ai jamais observés pour ma part, et je ne trouve fait mention de quelque chose d'analogue que chez un malade dont M. Christian a rapporté l'histoire et qui présenta simultanément un hématome de l'oreille et du purpura hémorrhagique. Le docteur anglais Savage, dans un opuscule récent, cite également, quelques faits d'hémorrhagie abondante dans le tissu cellulaire sous cutané, développée à la suite de traumatismes légers chez des paralytiques généraux, et, rapprochant ces faits de la tendance aux hématomes de l'oreille qu'on observe aussi chez ces malades, il en conclut à un état dyscrasique du sang et à une friabilité plus grande des petits vaisseaux dans la paralysie générale. C'est probablement par le même mécanisme que se sont produits, chez notre malade, les phénomènes d'exsudation hémorrhagique observés.

J'arrive enfin à la particularité la plus intéressante et la plus importante de cette observation, celle qui a trait à l'âge du sujet.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer en effet combien il est exceptionnel d'observer dès l'âge de dix-sept ans un cas de paralysie générale, maladie si intimement liée à l'âge mûr qu'elle en paraît pour ainsi dire inséparable. J'ai déjà suffisamment insisté sur ce point dans ma première note relative à la paralysie générale prématurée, et il me paraît inutile d'y revenir une fois encore. D'ailleurs, ce que je tiens à faire ressortir ici, c'est précisément que cette rareté de la paralysie génerale prématurée semble devenir de moins en moins exceptionnelle et qu'on en arrive à citer des cas assez nombreux relatifs à des sujets âgés de moins de vingt-cinq ans, et même comme dans le fait actuel, de moins de vingt ans. Plusieurs journaux étrangers entre autres le *Mental Science* et l'*Alienist and Neurologist* de Saint-Louis (Amérique) en ont publié récemment des exemples. Or, il y a quelques années à peine, il n'en existait pas encore un seul dans la science et les meilleurs auteurs comme Bayle, Calmeil, Marcé, Luys affirmaient n'avoir jamais observé de cas de paralysie générale avant l'âge de vingt-cinq ans.

Ce fait de l'existence de moins en moins rare de la paralysie générale prématurée n'aurait certainement par lui-même aucune signification importante s'il ne paraissait être intimement lié à deux autres faits du même ordre, savoir : L'abaissement progressif de l'âge moyen auquel survient la paralysie générale et la fréquence toujours croissante de cette affection.

L'abaissement de l'âge moyen des sujets atteints de paralysie générale est en effet chose indéniable. Il n'y a qu'à consulter les observations des premiers auteurs pour voir que la plupart se rapportent à des malades âgés de 40, 50 ans et plus, tandis qu'aujourd'hui les cas publiés sont relatifs à des malades plus jeunes. Aussi, l'âge moyen fixé à 45 et même à 50 ans du temps de

de Bayle et de Calmeil, a sensiblement baissé depuis et pour ma part je l'ai trouvé de 38 ans chez 317 paralytiques généraux que j'ai pu observer à Sainte-Anne. Un auteur anglais Julius Mickle, dans son livre intitulé : « *Général paralysis of the Insane* » a fait aussi la même remarque.

Quant à ce qui a trait à l'augmentation progressive des cas de paralysie générale, le fait est également hors de doute et je n'en veux pour preuve que toutes les statistiques publiées dans ces dernières années par les différents médecins d'asiles, d'où il ressort effectivement que la paralysie générale devient de plus en plus commune, à ce point que dans certains établissements d'aliénés elle entre pour plus d'un tiers dans le chiffre total des malades du sexe masculin. Encore ne s'agit-il là que des paralytiques généraux séquestrés et plus ou moins dangereux, et faut-il tenir compte de tous ceux qui sont traités à domicile et dont le nombre semble toujours s'augmenter ainsi que la plupart de nos confrères ont pu sans doute le constater.

Ainsi, d'un côté, la paralysie générale augmente progressivement de fréquence; de l'autre, elle survient en général de meilleure heure et même, dans certains cas, à peine au sortir de l'adolescence.

Que conclure de tout cela?

Il faut en conclure, je crois, que la paralysie générale aussi bien que toutes les affections dégénératives du système nerveux, dont elle constitue pour ainsi dire le type, semblent se répandre de jour en jour, au moins chez l'homme, se constituer de plus en plus en entités morbides, acquérir une importance de plus en plus grande, en un mot tendre à envahir peu à peu la pathologie du système nerveux, et à prédominer sur la folie proprement dite, la vésanie.

Il est en effet très curieux et très remarquable de cons-

tater que la folie pure a existé de tout temps, à toutes les époques, aussi bien dans les pays les plus barbares et dans les sociétés les plus primitives que chez les peuples les plus civilisés et que, contrairement à ce qu'on croit généralement, elle ne subit pas d'une façon très nette les fluctuations de la civilisation pas plus que l'influence des révolutions et des grandes commotions sociales.

Au contraire, les affections du système nerveux dites dégénératives, paralysie générale, scléroses, ramolissements, complètement inconnues tout d'abord, ne semblent devenir réellement fréquentes que dans les sociétés où la civilisation a atteint son maximum, et a porté au plus haut point le développement intellectuel ; à dater de ce moment, ces affections semblent s'accroître en raison directe des progrès déjà excessifs de la civilisation, tandis que la folie pure elle, reste pour ainsi dire indéfiniment stationnaire.

Il y a là, certainement un danger à signaler, et bien digne de s'imposer à l'attention de tous.

Certes, je ne voudrais pas pousser trop loin mes déductions ni me montrer aussi pessimiste que l'auteur anglais Mickle qui après avoir signalé cet abaissement de l'âge moyen des paralytiques généraux dont je parlais tout à l'heure ajoute que « ce fait parlerait mal en faveur de la vitalité des peuples de l'Europe occidentale, en tant tout au moins que la paralysie générale puisse être considérée comme le résultat d'une dépense exagérée de la force vitale et d'une sénilité prématurée : la tendance à la sénilité prématurée, chez les membres individuels d'une race, étant l'avant coureur et pour ainsi dire le prophète de leur imminente décadence ». Il m'est impossible, cependant de ne pas insister sur ce que ces faits ont de significatif.

Après avoir signalé le danger, il conviendrait évidem-

ment d'indiquer le remède, mais on comprend sans peine combien il serait difficile, pour ne pas dire impossible, de formuler des indications précises destinées à enrayer le courant pathologique ou à le prévenir. C'est là une étude complète de psychologie et d'hygiène sociales qu'il faudrait faire et en ce qui me concerne, je dois me borner à la signaler ici, parmi les questions de neurologie à l'ordre du jour, comme l'une de celles qui méritent le plus de fixer l'attention.

DE L'AUDITION COLORÉE

Par C. GIRAUDEAU

Ancien interne des Hôpitaux

On s'occupe beaucoup depuis quelques années, surtout en Allemagne et en Italie, d'un phénomène mi-physiologique, mi-pathologique, consistant en la faculté qu'auraient certains sujets de percevoir une sensation colorée en même temps qu'une sensation auditive lorsqu'un son vient frapper leur oreille. On a donné à ce curieux phénomène le nom d'*audition colorée, colour hearing* comme l'appellent les Anglais.

Le professeur Lussana dès 1865 rapportait l'observation d'un malade observé autrefois par Chabalier et cité par Verga chez lequel la perception de la voyelle *a* s'accompagnait toujours de la sensation du noir, l'*i* éveillait chez lui la notion du rouge, l'*o* celle du blanc et l'*e* celle du gris. Lussana ajoutait à ce fait deux cas recueillis sur deux frères dont l'un était étudiant en médecine. Depuis cette époque il est revenu à plusieurs reprises sur ce sujet, soit pour réclamer la priorité en faveur de ses

observations, soit pour établir toute une théorie de l'audition colorée.

On crut tout d'abord que le physiologiste italien avait été victime d'une mystification et l'incrédulité la plus complète et la plus légitime au premier abord, il faut bien le reconnaître, accueillit la communication des faits observés par lui. En 1873 Nüsbaumer qui n'avait pas connaissance du mémoire de Lussana, publia un article sur les *impressions subjectives colorées occasionnées par les impressions objectives de certains sons* et rapporta plusieurs cas d'audition colorée.

A peu près à la même époque un étudiant en médecine de Zurich, avouait de son côté à une réunion d'amis que l'audition de certains sons produisait chez lui des perceptions colorées.

A partir de ce moment, les observations se multiplient; en Allemagne, Bleuler et Lehmann rapportèrent des faits analogues; en Italie la question fut étudiée par Velardi, Antonio Berti, Bareggi, Guaglino, Grazzi, Ughetti; en Angleterre le *London medical Record* publia en décembre 1881 un article intitulé « Colour hearing » qu'il emprunte à la *mediciniscke Nenigkeiten* et à la *Lancet Cincinnati*. En France enfin, à part la théorie de l'audition colorée proposée par MM. Pouchet et Tourneux dans leur *Précis d'histologie humaine* on se contenta d'enregistrer le fait dans diverses publications périodiques.

En octobre 1882, cependant, M. Pedrono dans le journal de médecine de l'Ouest et en avril 1885 M. de Rochas dans « *La Nature* » rapportèrent chacun une observation identique à celles publiées à l'étranger. C'est à l'aide de ces documents que nous allons essayer de donner une idée de l'audition colorée telle qu'on l'entend en Allemagne et en Italie.

Les sons les plus divers, on peut même dire la plu-

part des sons peuvent chez un sujet prédisposé donner naissance à une sensation lumineuse en même temps qu'à une sensation auditive, mais tous ne possèdent pas cette propriété au même degré. Ainsi la voix chantée, le jeu des instruments soit à cordes, soit à vent sont excellents pour étudier ce phénomène. La voix parlée peut également servir, mais à condition que les mots soient prononcés lentement et avec force. Au contraire, les sons discordants, impossibles à noter, tels que le bruit du canon ne produisent que des impressions lumineuses confuses, qu'une sorte d'éblouissement au milieu duquel il est impossible de reconnaître la présence de telle ou telle couleur.

Quel que soit le procédé expérimental auquel on a recours, on peut dire d'une façon générale que les notes élevées produisent des sensations colorées brillantes et les notes basses des sensations colorées sombres ; ainsi pour le malade de M. Pedrono il y avait une différence très sensible entre les notes aiguës et les notes graves d'un piano ; mais s'il comparait deux notes voisines, l'impression colorée était à peu près identique.

Dans un accord parfait, les notes constituant l'accord se confondent généralement de manière à produire l'impression d'une seule et même couleur, résultante des notes de l'accord. Si au contraire l'accord est dissonant, la sensation lumineuse perçue est ordinairement multiple, comme si les diverses notes apparaissaient chacune avec une couleur propre. Ainsi Meyerbeer qui désigne certains accords de Weber dans la chasse de Lutzow sous le nom d'accords pourprés était-il peut être un auditeur des couleurs.

Une remarque sur laquelle tous les observateurs sont d'accord c'est que l'émission des *consonnes* seules ne produit aucune impression colorée ; au contraire celle des *voyelles* s'accompagne toujours de sensations lumi-

meuses et plus le timbre de la voyelle est élevée, plus la couleur est brillante, on peut donc les ranger à cet égard dans l'ordre suiuant : *i*, *e*, *a*, *o*, *u*. Les *diphtongues* auraient une coloration qui tiendrait le milieu entre les couleurs des deux voyelles composantes. Enfin les *mots* emprunteraient leurs couleurs aux lettres qui les composent. Chez un malade chaque *phrase* pouvait être comparée à une gamme chromatique dans laquelle les couleurs étaient déterminées par les voyelles et séparées par des raies grises produites par les consonnes. Dans un autre cas la bande colorée n'avait qu'une seule couleur, mais elle présentait des séries de raies obscures correspondant aux voyelles. On explique d'après le nombre des consonnes qui entrent dans la phrase et d'après la plus ou moins grande fréquence des voyelles employées que la même phrase traduite en diverses langues puisse revêtir des couleurs différentes.

Toutes ces délicatesses tiennent un peu du merveilleux il faut bien le reconnaître ; elles dénotent dans tous les cas une finesse d'observation peu commune ; aussi doutons-nous que beaucoup de sujets soient capables d'arriver à ce degré d'analyse de leurs sensations.

Ajoutons qu'à côté d'auditeurs, « complets » pour ainsi dire, il y en a d'autres, et ils forment la majorité, qui ne perçoivent qu'une seule couleur à l'occasion de certains sons toujours les mêmes. Chez les premiers, chaque note, chaque voyelle éveillerait la notion d'une couleur, toujours la même, mais cette couleur varierait avec chaque sujet ce qui n'est pas de nature à faciliter l'étude du phénomène qui nous occupe.

Des trois qualités fondamentales du son, l'intensité, la hauteur et le timbre, la première agit sur le brillant, sur la netteté de la couleur perçue : plus le son est intense plus la sensation colorée est vive. Les deux autres beaucoup plus importantes, détermineraient la

nature de l'impression lumineuse; nous avons déjà vu en effet toute l'importance que les descripteurs de l'audition colorée attachent aux diverses notes de la gamme et à la hauteur des voyelles. L'influence exercée par le timbre de la voix, par celui des divers instruments de musique serait non moins grande; ainsi tel air produira une impression lumineuse qui variera suivant la voix de la personne qui le chante, tel morceau éveillera l'idée d'une couleur dont la nature se modifiera suivant qu'il sera exécuté sur un instrument à corde ou sur un instrument à vent.

Dans la majorité des cas l'image colorée est extériorisée, c'est-à-dire qu'elle est perçue au niveau de la personne ou de l'instrument producteur du son; ainsi lorsqu'on chante en présence d'un « *colour hearer* » c'est au-dessus de la tête de la personne qui chante que l'image colorée semble siéger; lorsque le son provient d'un instrument à corde c'est autour des cordes qu'elle apparaît. La même impression se produit que le sujet en expérience voie ou non le foyer émisseur des sons; ainsi en jouant d'un instrument derrière lui c'est au niveau de l'endroit supposé où se produit le bruit que semble siéger l'image colorée. Dans deux cas rapportés, l'un par M. de Rochas, l'autre par M. Ughetti, les malades n'extériorisaient pas les couleurs, mais les voyaient en eux-mêmes, dans l'intérieur de leur cerveau.

Le phénomène inverse, c'est-à-dire celui qui consiste à éprouver une sensation auditive lorsque l'œil est frappé par une couleur vive, serait beaucoup plus rare. Cependant Bleuler et Lehmann ont rapporté l'observation d'un homme chez lequel la vue d'une flamme de gaz brûlant tranquillement donnait l'impression des lettres *w* et *v*, ; si la flamme n'oscillait pas, elle amenait la sensation de la voyelle *i*.

Selon les mêmes auteurs, le nombre des sujets audi-

teurs des couleurs serait beaucoup plus considérable qu'on ne le croit généralement. Ainsi sur 596 individus, ils en ont trouvé 76 chez lesquels ce phénomène pouvait être observé. M. de Rochas, sur une cinquantaine de personnes interrogées par lui n'en aurait au contraire rencontré que deux ayant répondu par l'affirmative et chez l'un des deux même, l'audition des couleurs était absolument rudimentaire.

La plupart des sujets dont on a publié l'observation étaient des hommes, beaucoup avaient passé la quarantaine et n'avaient jamais présenté aucune manifestation nerveuse ni aucune affection auriculaire.

Une particularité à relever, c'est l'apparition de ce trouble auditif chez plusieurs membres de la même famille; ainsi Lussana dans son premier mémoire rapportait les observations de deux frères auditeurs de couleurs. Nüssbaumer a également cité deux cas ayant trait à des frères dont l'un était étudiant en médecine. C'est même une remarque à souligner que plusieurs des sujets dont l'histoire a été publiée étaient des médecins c'est-à-dire des individus plus habitués ou tout au moins plus aptes que d'autres à analyser leurs sensations. De ce nombre étaient les malades de MM. Pedrono et Ughetti.

Il nous a été impossible de trouver dans les faits publiés des renseignements sur la date du début de ce phénomène; aucun des sujets ne pouvait dire quand il s'en était aperçu pour la première fois, il semble donc qu'il s'agisse là d'un trouble fonctionnel inné. Reste à savoir si chez des sujets sains ou du moins non auditeurs des couleurs à l'état normal, certaines conditions, certains agents médicamenteux ou autres ne peuvent pas faire naître momentanément l'audition colorée. Théophile Gautier, analysant il y a une quarantaine d'années dans un feuilleton de la *Presse*,

ses impressions à la suite d'une absorption de haschisch, écrivait en effet « mon ouïe s'était prodigieusement développée; j'entendais le *bruit des couleurs*. Des sons verts, rouges, bleus, jaunes, m'arrivaient par ondes parfaitement distinctes ».

Plusieurs auteurs se sont demandés par quelle voie les impressions auditives arrivaient à produire des sensations colorées et s'il n'y avait pas là une erreur d'interprétation. Se basant sur la théorie des couleurs ils ont émis l'opinion que les vibrations nécessaires pour produire les ondes sonores pourraient fort bien du même coup déterminer des impressions visuelles sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir ici l'effet complexe d'une sensation auditive. Trois ordres de faits semblent répondre à cette objection :

1° Lorsque la sensation auditive est produite par le bruit du canon tiré à grande distance, ce n'est pas au moment où l'on voit la fumée que l'impression colorée apparaît, mais bien au moment où la commotion auditive est perçue.

2° Le malade cité par Grazzi était un aveugle : on ne peut donc faire entrer ici en ligne de compte l'hypothèse d'une impression visuelle.

3° Lorsque le bruit se passe derrière le sujet auditeur des couleurs, la sensation colorée se produit également.

Nous nous trouvons donc bien ici en présence d'un phénomène d'autant plus curieux que c'est l'une des rares circonstances dans laquelle deux sens distincts sont simultanément mis en activité par une excitation portant exclusivement sur l'un d'eux.

Les théories proposées pour son explication sont nombreuses, ce qui prouve il est vrai leur insuffisance. Toutes du reste n'ont pas la même valeur.

Ainsi M. Bruehl rattache l'audition colorée à une erreur

de l'esprit, sans s'expliquer autrement sur sa nature. D'autres observateurs ont parlé de sensibilité exagérée des centres chromatiques.

D'après MM. Pouchet et Tourneux il existerait chez les auditeurs des couleurs des communications anormales entre les « fibres nerveuses venant de l'oreille et se rendant aux centres perceptifs exclusivement affectés d'ordinaire par les fibres du nerf optique. » Cette anomalie si elle existe réellement est bien étrange, car on ne retrouve aucune communication semblable entre l'appareil auditif et les autres organes des sens; de plus comme le fait remarquer M. Pedrono, ces communications anormales doivent être bien nombreuses puisque chez certains sujets chaque son correspond à une note différente.

M. Nuel pense qu'il s'agit là d'irradiations nerveuses, de sensations associées sans qu'il n'existe à proprement parler de communication anatomique entre l'appareil nerveux auditif et l'appareil optique. Il s'agirait là en quelque sorte d'une véritable action à distance, d'un phénomène d'inhibition n'ayant son analogue dans aucun autre organe des sens.

M. Pedrono pour tourner la difficulté admet l'hypothèse d'anastomoses normales entre le centre cérébral auditif et le centre cérébral optique ; mais comment l'audition colorée ne se montre-t-elle que chez un nombre fort restreint d'individus et non pas chez tous comme cela devait être si l'on adopte cette théorie, comment, s'il s'agit là d'un fait d'anatomie normale la physiologie n'enregistre-t-elle pas les conséquences qui en découlent comme un phénomène habituel, comment enfin expliquer ces cas d'hérédité si fréquents dans l'histoire de l'audition colorée ?

Bornons nous donc pour le moment à noter les résultats acquis, à les considérer comme des faits

possibles mais rares, à appeler sur ce sujet de nouvelles recherches ; mais quant à les interpréter, mieux vaut s'en dispenser car « avouer son ignorance, c'est déjà quelque chose ».

ARCHIVES CLINIQUES

FOLIE PHTHISIQUE

Par G. H. ROGER

Interne, lauréat des hôpitaux

Le nommé B... âgé de 23 ans, entré à l'hôpital Laënnec, salle Larochefoucauld, lit n° 29 (service de M. le professeur Ball) le 12 janvier 1885.

Ce malade est entré à l'hôpital pour être traité d'une phtisie pulmonaire, arrivée à la troisième période. Maigreur assez considérable, teint pâle, sueurs nocturnes, pas de diarrhée, trace d'albumine dans les urines.

Signes physiques : Sous la clavicule gauche, bruit de pot fêlé, souffle caverneux. En arrière, on entend également un souffle caverneux qui occupe les fosses sus et sous-épineuses. Dans tout le reste des poumons, râles sous-crépitants disséminés. A droite au sommet, on trouve aussi des signes cavitaires, mais ils sont bien localisés et le reste du poumon droit paraît sain.

Sous l'influence d'un traitement général, l'état du malade s'améliora très notablement, et, sur sa demande, le 25 mars on le fit passer dans le service des chroniques, salle Béhier lit n° 8.

Il ne se produisit d'abord aucun phénomène notable dans son état, jusqu'au lundi 30 mars, où nous le trouvons dans l'état suivant : Le malade est couché sur le dos ; les yeux sont grand ouverts ; le regard fixe, les pupilles dilatées et légèrement inégales. En vain essaye-t-on de le faire parler ; le malade semble ne pas entendre, et ne pas voir. Depuis la veille au soir, il n'a pas prononcé une parole. En le pinçant ou le

piquant, on amène quelquefois une grimace mais jamais un cri ou une plainte.

La première idée qui vienne à l'esprit devant ces troubles cérébraux c'est de penser à une méningite tuberculeuse. Il est vrai que le malade est atteint de diarrhée, qu'il n'a pas de vomissements. En revanche, il existe une certaine raideur de la nuque; il n'y a pas non plus de phénomènes de foyer; pas de paralysies ni de contractures de membres; pas de rougeur spontanée de la face; mais raie méningée très lente à apparaître et à disparaître, le pouls est à peu près normal (80-90). La température accuse autour de 37. Albumine dans l'urine.

Cet état se prolonge les jours suivants sans aucun changement, le malade reste dans un mutisme absolu il semble avoir perdu toute conscience du monde extérieur. On est forcé de lui mettre les aliments dans la bouche.

Traitement : Iodure de potassium 1 gr. et de temps en temps calomel 1 gr.

Le 12 avril, se produisit une certaine amélioration; le malade commença à dire quelques mots. Mais il parlait peu et rarement; il s'exprimait à voix extrêmement basse. Ses paroles sont incohérentes, le plus souvent il se plaint d'être « ennuyé » par des visions ou même par des êtres imaginaires. Peu à peu les idées deviennent plus nettes. Vers la fin d'avril il se rendait mieux compte de sa situation, se plaignait de souffrir de la tête; mais la parole était toujours lente et faible; la nuit il avait le plus souvent un délire tranquille. Jusqu'au 20 mai, il n'y eut pas de changemement notable, nous noterons seulement que le malade maigrissait très rapidement, les signes stéthos copiques restaient toujours les mêmes.

Le 20 mars, au soir, le malade veut se lever. On a beaucoup de peine à le maintenir au lit, toute la nuit il se montre très agité.

Le 21 mai, au matin, l'agitation est extrême, le malade ne reste pas un instant tranquille; tout le temps il veut se lever; se met debout sur son lit; réussit quelquefois à sauter à terre et à se sauver dans la ruelle. Mais ce qui est remarquable, c'est qu'au milieu de cette agitation de tout le corps, la face est absolument impassible et le malade ne prononce pas une parole.

Cette période d'excitation, pendant laquelle on est forcé de mettre la camisole, se prolonge jusqu'au 29 mai. A partir de cette époque, le calme reparait peu à peu, et le 4 juin, nous retrouvons le malade dans l'état où il était lors des premiers accidents, il est plus calme, impassible et ne prononce plus une parole.

A partir du 13 juin, il se remet à parler, mais seulement devant le surveillant de la salle, nous l'approchons, il

reste complètement muet. Pourtant le 21 juin, il prononce quelques paroles devant nous. Il nous dit qu'il se porte très bien et qu'il ne souffre nulle part.

Jusqu'au 20 juillet aucun changement seulement de temps en temps son état de calme est troublé par un peu d'excitation, il veut se lever, s'agite, mais on parvient facilement à le calmer, et ces périodes d'agitation durent au plus une heure ; à partir du 21 juillet, l'état du malade s'aggrave, la diarrhée augmente, ainsi que l'albuminurie, la respiration devient rapide et embarrassée, les phénomènes vont s'accentuant et le 26 juillet au soir, le malade succombe aux progrès de l'asphyxie. Pendant toute cette période agonique, il est resté très calme.

Autopsie, faite le 28 juillet, à dix heures.

Poumons, Le poumon gauche est complètement adhérent à la paroie thoracique. Il nous est tout-à-fait impossible de l'enlever, en les incisant sur place on constate une énorme caverne occupant le lobe inférieur du poumon. Les parois sont tomenteuses mais presque complètement sèches. La caverne ne contient presque pas de liquide, elle communique avec des cavernes petites et enfractueuses dont est creusé tout le reste du poumon.

A droite on peut arriver à rompre les adhérences pleurales quoiqu'elles soient encore très serrées et très dures. Le poumon présente à son sommet une caverne à parois sclérosées. Au dessous quelques noyaux de broncho-pneumonie tuberculeuse. Mais la partie inférieure des poumons est absolument saine.

Cœur, mou et flasque, un peu volumineux.

Foie, gros et congestionné.

Reins. Les deux reins sont volumineux; ils se laissent facilement discortiquer. Leur coloration est d'un violet sombre. A la coupe on constate cette couleur violette diffuse. Pas de tubercules de petits morceaux ont été durcis par l'acide osmique et l'alcool, on a pu facilement constater au microscope les lésions de la néphrite diffuse.

Encéphale. Sur la convexité du cerveau, les méninges paraissent légèrement infiltrées de sérosité. Le liquide est surtout abondant autour des grosses veines. A la partie postérieure de l'hémisphère droit qui est auprès du lobul parietal inférieur, on note un peu de liquide de coloration jaunâtre. Mais il ne s'agit là encore que de sérosité, et en portant quelques gouttes sur le microscope on constate qu'il n'y a que peu de leucocytes. La face inférieure du cerveau présente encore un peu d'œdème; mais, pas plus ici, que sur la face convexe, on ne trouve de tubercules, ni d'exsudats Les scissures de sylvius en particulier ont été examinées avec beaucoup de soin; on n'y a rien trouvé d'anormal.

Après cet examen, on a enlevé les méninges. L'opération a

été très facile. Chaque lambeau a été étalé dans l'eau et examiné supérieurement ; on n'y a pas trouvé d'altération, les artères cérébrales étaient toutes parfaitement saines. Des coupes ont été pratiquées sur le cerveau ; ces coupes étaient d'environ un centimètre et n'ont laissé découvrir aucune altération. Il n'y avait pas d'hydropisie ventriculaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Année 1885

Séance du 6 juillet (1). — *Epilepsie d'origine auriculaire. Contribution à l'étude de l'otopiésis (compression auriculaire).* Note de M. Boucheron. Il existe chez l'homme et les animaux *des crises épileptiformes*, qui ont, *pour origine*, *une affection de l'oreille*, ou, plus exactement, une excitation des nerfs acoustiques. Ces *épilepsies auriculaires* doivent être rapprochées de l'épilepsie de Brown-Sequard, par excitation d'un nerf sensitif cutané.

Dans l'espèce humaine, l'*épilepsie auriculaire* peut se manifester :

1° Chez les *jeunes enfants*, pendant l'évolution de l'affection d'oreille qui détermine la surdi-mutité. A cet âge, les crises épileptiformes sont les analogues des convulsions méningitiformes ;

2° Dans *la seconde enfance*, pendant le cours de diverses affections d'oreille produisant une surdité légère ou grave ;

3° *Chez l'adulte*, où l'épilepsie auriculaire, toujours accompagnée d'une affection d'oreille, forme une variété de l'*épilepsie tardive*.

Chez les animaux, l'*épilepsie auriculaire* s'observe assez souvent chez le chien, le chat et d'autres animaux domestiques.

(1) Voy. *Encéphale*, 1885, p. 447.

Symptomatologie. — L'épilepsie auriculaire est caractérisée :

1° Par des *convulsions épileptiformes*, présentant toutes les variétés de forme de l'épilepsie pure, avec ou sans chute, avec ou sans *aura*.

2° Par une *affection d'oreille* (catarrhe tubo-tympanique, catarrhe purulent de la caisse avec otorrhée, bouchon cérumineux, lésions du rocher, du labyrinthe, etc.), avec surdité monauriculaire ou bi-auriculaire plus ou moins marquée. C'est là le signe distinctif de l'épilepsie auriculaire avec l'épilepsie pure.

3° Chez le jeune enfant, la mutité peut s'ajouter à la surdité grave dont l'épilepsie auriculaire a été le symptôme.

Les *signes précurseurs* des crises épileptiformes sont souvent des symptômes auriculaires : surdité plus marquée, bourdonnements, vertiges auriculaires, sensation de pression dans les oreilles, modification du caractère, etc. L'intelligence reste intacte. L'évolution de l'épilepsie auriculaire, dans les cas que nous avons observés, a été une marche progressive vers la guérison, mais avec des rechutes assez éloignées, correspondant aux rechutes de l'affection de l'oreille.

Chez les animaux, l'épilepsie auriculaire est caractérisée par de violentes crises épileptiformes observées chez le chien, soit pendant la chasse (Nocard), soit au repos (Mégnin); chez le chat pendant le repos et pendant la course.

Mécanisme. — Les convulsions épileptiformes d'origine auriculaire ont pour cause une *excitation directe ou réflexe des nerfs auriculaires*, soit à leur terminaison dans l'oreille, soit le long de leur trajet intracrânien, soit à leur origine bulbaire, soit, peut-être, dans leur trajet intra-cérébral, chez des sujets prédisposés et dans des conditions données.

De la même manière que l'épilepsie de Brown-Séquard a pour cause l'excitation du trijumeau, l'excitation des nerfs sensoriels de l'oreille se transmet au mésocéphale, met en jeu les centres moteurs de cette région et provoque ainsi la crise convulsive épileptiforme.

Il est intéressant de déterminer les modes les plus fréquents de l'excitation des nerfs auriculaires, chez l'homme et les animaux.

Chez l'homme, le mode d'excitation le plus commun est le même que celui qui produit les crises convulsives méningitiformes. L'enfant ou l'adulte étant pris de catarrhe nasotu-

baire, les trompes d'Eustache s'oblitèrent par gonflement de la muqueuse, et *le vide aérien se produit dans la caisse tympanique* (par résorption de l'air y contenu). Alors, la pression atmosphérique sans contrepoids presse de 1 kg. sur la même brane tympanique (qui a environ 1 cq. de surface, et cette pression est transmise par les osselets au liquide labyrinthique et aux nerfs labyrinthiques, qui sont à la fois comprimés (surdité) et excités comme tous les nerfs comprimés.

Cette excitation, transmise au mésocéphale, produit, chez les sujets prédisposés, des crises convulsives, épileptiformes, méningitiformes ou vertigineuses.

Ce mécanisme de compression et d'excitation des nerfs auriculaires (mécanisme otopiésique) est important à connaître pour ses conséquences pratiques. Le point de départ de la compression étant le vide aérien de la caisse tympanique, *en faisant cesser le vide aérien* par des insufflation d'air à travers les trompes d'Eustache, *on fait cesser la compression labyrinthique et l'excitation épileptogène des nerfs acoustiques.*

Un autre mode de compression excitatrice des nerfs auriculaires est le suivant : un corps étranger du conduit auditif externe, un bouchon cérumineux, peut presser sur le tympan, et cette pression est transmise par les osselets au liquide labyrinthique et aux nerfs acoustiques.

Chez les animaux, chez les chiens en particulier, les crises épileptiques ont généralement pour cause, comme l'ont démontré Mégnin et Nocard, un bouchon cérumineux renfermant des Acares particuliers (*Chorioptes Ecaudatus*). La présence des acares rend la maladie contagieuse dans les chenils. *La suppression des bouchons cérumineux et des Acares par* le naphtol (Nocard) *fait cesser immédiatement chez ces animaux les crises d'épilepsie auriculaire.*

Les travaux de Nocard sur l'épilepsie auriculaire du chien, sur l'apparition des crises dans la course, sur leur guérison par la disparition des Acares et du cérumen, confirment la partie expérimentale de nos propres recherches, et montrent que l'on peut reproduire, chez les animaux, l'épilepsie auriculaire en se mettant dans certaines conditions révélées par l'observation.

Quand l'excitation des nerfs auriculaires a pour cause un néoplasme intracranien, un processus méningitique, une nécrose du rocher, une suppuration, une ossification du labyrinthe (Politzer), une fracture du crâne, une hémorrhagie

labyrinthique, etc., le mécanisme épileptogène est peu modifiable.

En résumé, l'*oreille* peut être, dans certaines circonstances, une *région épileptogène* et l'excitation des nerfs auriculaires peut produire des crises épileptiformes chez l'enfant en basâge, dans la deuxième enfance et dans l'âge adulte. Ces épilepsies d'origine auriculaire existent aussi chez les animaux, chien, chat, etc.

Ces épilepsies auriculaires se distinguent non par la physionomie des crises convulsives, qui sont analogues aux nombreuses variétés de l'épilepsie pure, mais *par la coexistence d'une maladie d'oreille avec surdité légère ou grave ou une surdi-mutité.*

Chez l'adulte, l'épilepsie auriculaire forme une variété de l'*épilepsie tardive.*

Séance du 13 juillet. — PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Recherches relatives à la durée de l'excitabilité des régions excito-motrices du cerveau proprement dit après la mort.* Note de M. VULPIAN.

J'ai indiqué brièvement, dans une précédente communication (1), les résultats d'une expérience qui avait pour but de déterminer la durée de l'excitabilité du cerveau proprement dit, chez le chien, après la mort. J'ai répété plusieurs fois cette expérience et je puis confirmer, d'une façon générale, les données consignées dans la Note que je viens de rappeler.

Après avoir mis à découvert, sur un chien, le gyrus sigmoïde du côté gauche et les parties circonvoisines du cerveau, on détermine avec soin, à l'aide de la faradisation, les points excito-moteurs de cette région : le point cérébro-brachial, le point cérébro-crural et le point cérébro-facial. Ainsi que je crois l'avoir démontré, ce n'est pas la substance grise qui est excitée par l'électricité au niveau de ces points ; c'est la substance blanche sous-jacente. C'est donc l'excitabilité de cette substance blanche qui est en question dans les expériences dont il s'agit.

Cette recherche préalable étant faite, on arrête le cœur, en électrisant les ventricules du cœur, pendant un instant, au moyen d'un courant faradique très intense. Pour cela, on

(1) Voy. *Encéphale*, 1885, p. 447.

introduit une longue aiguille dans un des espaces intercostaux de la région précordiale, jusqu'à ce qu'elle arrive au contact des ventricules du cœur : un excitateur est mis en rapport avec cette aiguille; un autre excitateur est posé sur une plaie de la jambe ou sur la plaie de la tête et l'on fait passer le courant. Aussitôt, les mouvements imprimés à l'aiguille par le cœur s'affaiblissent et deviennent extrêmement irréguliers; le pouls crural cesse immédiatement d'être perceptible; le cœur n'envoie plus d'ondées sanguines dans le système artériel (1).

On procède tout aussitôt à l'examen de l'excitabilité des points cérébro-brachial, cérébro-crural et cérébro-facial de la région cérébrale mise à découvert; on étudie en même temps les mouvements réflexes des paupières et ceux que provoque dans les membres postérieurs la faradisation du bout central du nerf sciatique gauche.

Dans les premiers instants, la faradisation des divers points excito-moteurs du cerveau (ceux qui viennent d'être indiqués) détermine des mouvements dans les parties correspondantes du corps : si l'on faradise le point cérébro-facial gauche, les paupières de l'œil droit, la joue et la commissure labiale ainsi que l'oreille du côté droit entrent aussitôt en mouvement. Il en est de même pour les membres du côté droit, lorsqu'on faradise le point cérébro-brachial ou le point cérébro-crural du côté gauche. Le minimum du courant qui suffisait, avant l'arrêt des systoles efficaces du cœur, à provoquer des mouvements de ces parties, suffit encore pendant les premières secondes après la cessation du pouls crural.

L'excitabilité des régions excito-motrices du cerveau ne tarde pas à diminuer et, pour obtenir des mouvements des membres ou de la moitié de la force du courant, en rapprochant la bobine au fil induit du point où elle recouvre entièrement la bobine au fil inducteur (appareil à chariot de du Bois-Reymond. Dans une de mes expériences, il m'a semblé que l'excitabilité des régions cérébrales excito-motrices avait augmenté pendant deux ou trois secondes avant de commencer à diminuer. Dès que cette excitabilité s'affaiblit, elle ne

(1) Au moment où les systoles régulières du cœur s'arrêtent, il y a souvent de l'agitation et parfois des cris plaintifs. Quelques secondes plus tard, les membres et la tête s'étendent spasmodiquement : cette convulsion ne dure qu'un instant, après lequel l'animal est en complète résolution.

tarde pas à disparaître. Le plus souvent elle est absolument éteinte quarante-cinq secondes après que l'on a cessé de sentir le pouls crural (1). A ce moment, on peut faire usage du maximum du courant obtenu avec un appareil d'une grande énergie; on n'observe plus la moindre contraction des muscles des membres (antérieur et postérieur) du côté droit (faradisation des régions excito-motrices du côté gauche du cerveau). Le point cérébro-crural perd son excitabilité un instant avant le point cérébro-brachial (2). Le point cérébro-facial conserve habituellement son excitabilité un peu plus longtemps que les points qui correspondent aux membres, c'est-à-dire pendant une minute, rarement une minute et quelques secondes après l'arrêt de la circulation artérielle. J'ai vu, dans une expérience, une minute et demie après la cessation du pouls crural (les mouvements des paupières, provoqués par l'excitation des points cérébro-oculaires, ayant disparu depuis une demi-minute), le globe de l'œil droit se rétracter encore sous l'influence de la faradisation des parties du cerveau voisines du gyrus sigmoïde gauche. Un instant après, il n'y avait plus rien de semblable.

Lorsque la faradisation de la surface des régions excito-motrices du cerveau proprement dit, ne détermine plus aucun mouvement dans les membres ou dans la moitié de la face du côté opposé aux régions excitées, on peut enfoncer les excitateurs dans les profondeurs du lobe cérébral mis en expérience, leur faire traverser ce lobe de part en part, de telle sorte qu'ils soient en contact par leurs extrémités avec la base du crâne, sans qu'il se manifeste la moindre contraction dans les membres ou la moitié de la face du côté opposé (3).

Pendant que l'on faradise ainsi l'un des lobes cérébraux, le lobe cérébral gauche par exemple, soit superficiellement, soit

(1) Exceptionnellement, j'ai vu l'excitabilité des points cérébro-brachial et cérébro-crural durer une minute et quelques secondes.

(2) Lorsque je parle de l'abolition de l'excitabilité des régions excito-motrices, je veux dire seulement que ces régions ne répondent plus à l'excitation électrique par des contractions musculaires dans les parties du corps avec lesquelles elles sont en relations anatomophysiologiques.

(3) Dans toutes mes expériences, je me suis servi, comme excitateurs, de deux fils métalliques traversant une sorte de manchon isolant. Les pointes libres de ces excitateurs étaient à une distance, l'une de l'autre, de 5^{mm}.

profondément, sans provoquer le moindre mouvement dans la moitié droite du corps, on voit des contractions plus ou moins violentes se produire dans la moitié gauche de la face et dans les muscles du côté gauche du cou. Ces contrations ont lieu, même lorsque les excitateurs sont appliqués sur la surface du lobe cérébral gauche, soit sur le gyrus, soit sur des points non excitables, à condition d'employer un courant d'une certaine intensité : elles sont évidemment dues au passage direct des courants, des points d'application des excitateurs aux muscles mis en mouvement et à leurs nerfs.

Les mouvements réflexes des paupières, provoqués par souffle sur le globe oculaire ou par attouchement de ce globe, persistent pendant une minute après la faradisation du cœur (cessation du pouls crural. Ils sont d'abord très nets, rapides et complets ; puis ils s'affaiblissent et, à partir de ce moment, ils disparaissent en trois ou quatre secondes.

Je n'ai pas étudié les mouvements réflexes de l'iris.

La faradisation du bout central du nerf sciatique gauche, dans une expérience, a provoqué, pendant plus d'une minute après l'arrêt de la circulation artérielle, de forts mouvements réflexes dans les deux membres postérieurs, la queue et les muscles de l'abdomen : la bobine au fil induit était écartée de son point de départ (point où elle recouvre entièrement la bobine au fil inducteur) de $0^m,10$, puis de $0^m,8$. Au bout d'une minute et demie, les mouvements réflexes n'ont plus eu lieu que dans le membre postérieur gauche et la queue; une demi-minute plus tard, il n'y avait plus de mouvements réflexes que dans la queue, et ils y étaient très faibles; enfin, deux minutes et demie après la disparition du pouls crural, il n'y avait plus la moindre contraction réflexe sous l'influence des faradisations les plus énergiques du bout central du nerf sciatique.

La respiration, dans toutes mes expériences, a duré en moyenne une minute et demie après la cessation de la circulation artérielle : parfois elle a duré deux minutes; elle avait donc lieu encore, dans ce cas, plus d'une minute après que l'excitabilité du cerveau proprement dit avait totalement disparu. Les mouvements respiratoires étaient lents, peu réguliers, assez amples, suspirieux dans quelques cas.

On voit que l'excitabilité des régions excito-motrices du cerveau proprement dit ne survit, chez le chien adulte, que très peu de temps à l'arrêt de la circulation artérielle, puis-

que le plus souvent elle ne peut plus être mise en jeu quarante-cinq secondes après la cessation du pouls crural. Je ne l'ai jamais vue durer une minute et demie après la faradisation des ventricules du cœur. C'est là une donnée absolument certaine et, toutes les fois que l'on a cru avoir observé une survie plus longue de l'excitabilité des régions excito-motrices du cerveau proprement dit, on a commis l'erreur de prendre pour des effets de l'excitation du cerveau des contractions dues à l'électrisation directe, par courants pénétrants ou dérivés, des nerfs et des muscles en rapport de voisinage avec le cerveau. Les contractions que l'on provoque en faradisant l'un des lobes cérébraux (1), quelques minutes après la mort, n'ont *jamais* lieu dans les membres ; elles sont toujours bornées aux muscles de la face (surtout le temporal), aux muscles du cou (y compris le trapèze). Si le courant faradique mis en usage n'est pas d'une intensité excessive, ces contractions sont *toujours* limitées au côté faradisé : elles ont lieu, par exemple, dans la moitié gauche de la face et du cou, si c'est le lobe cérébral gauche qui est électrisé. Si le courant est assez intense pour exciter des contractions des deux côtés de la face et du cou, ces contractions sont toujours beaucoup plus énergiques du même côté que le lobe cérébral soumis à la faridisation. Ces remarques, si faciles à faire, doivent, ce me semble, empêcher de commettre l'erreur dont je viens de parler.

«Ces effets, résultant de l'excitation directe des nerfs et des muscles par des courants pénétrants ou dérivés, sont tout à fait semblables à ceux qu'on a obtenus dans les expériences suivantes, où la question d'excitabilité n'était plus en cause.

« Sur un chien, quelques minutes après la cessation du pouls crural (sous l'influence de la faradisation des ventricules du cœur), on enlève rapidement l'encéphale, en sectionnant la moelle épinière en arrière du bulbe rachidien et en coupant tous les nerfs craniens. Après avoir laissé l'encéphale pendant quelques instants sur la table d'expérience, on le remet avec soin sur la base du crâne, de façon à lui faire reprendre sa situation normale. On applique alors les excita-

(1) Je parle des expériences faites en mettant les régions excito-motrices du cerveau proprement dit à découvert, par ablation d'une partie de la paroi du crâne et excision de la dure-mère. Les expériences faites dans d'autres conditions ne peuvent donner que des résultats contestables.

teurs de l'appareil à courants induits sur la surface d'un des lobes cérébaux : les pointes de ces excitateurs sont à 0m,005 de distance l'une de l'autre. On fait passer un courant assez intense (bobine au fil induit à 0m,08 du point où elle recouvre entièrement la bobine au fil inducteur) par ces excitateurs. Des contractions se produisent dans le muscle temporal et les muscles du cou du côté correspondant au lobe cérébral électrisé. Les muscles du cou se contractent surtout quand on faradise la surface du cervelet. Ces effets peuvent être observés au bout d'une demi-heure au moins, après l'arrêt des systoles des ventricules du cœur. Ils sont plus forts lorsqu'on enfonce les excitateurs dans le lobe cérébral que lorsqu'on les applique à la surface de ce lobe.

« On peut aussi constater les mêmes contractions, en plaçant sur la base du crâne, après avoir enlevé l'encéphale, une éponge mouillée et un peu comprimée. Lorsqu'on fait passer un courant faradique par les excitateurs appliqués à la surface de cette éponge, on provoque, suivant les points d'application des excitateurs, des mouvements dans le muscle temporal ou dans les muscles du cou, du côté correspondant aux points électrisés. Avec les excitateurs disposés comme dans les expériences faites sur le cerveau, j'ai pu obtenir dans une expérience, en électrisant la surface de l'éponge, au moyen de courants assez forts, des contractions du muscle temporal du côté correspondant, quarante-cinq et même cinquante minutes après l'arrêt de toute circulation artérielle. Le plus ordinairement, les phénomènes, qui sont encore très nets au bout de vingt cinq minutes, cessent de se produire au bout de trente à trente-cinq minutes.

« Les données établies par ces diverses expériences ne s'appliquent, dans toute leur teneur, qu'au chien adulte. Cependant il est peu probable qu'il y ait de notables différences, sous le rapport de la durée de l'excitabilité cérébrale après la mort, entre le chien et les autres mammiféres adultes, à moins qu'il ne s'agisse des mammifères hibernants, en état d'hibernation.

« Cette durée varie sans doute suivant le genre de mort; mais les différences, selon que la mort a lieu par arrêt du cœur, par hémorrhagie rapide et excessive, par commotion des centres nerveux, etc., sont bien certainenent aussi, peu prononcées. En ne considérant que les cas qui viennent d'être énoncés, c'est vraisemblablement dans celui de mort par arrêt

du cœur que la durée de l'excitabilité cérébrale *post mortem* est le plus longue, parce qu'il n'y a alors ni brusque anémie du cerveau, ni paralysie soudaine des éléments anatomiques des centres nerveux.

Le cerveau proprement dit des chiens nouveaux-nés n'est pas excitable, comme l'ont prouvé les expériences de MM. Rouget, Soltmann, Tarchanoff, comme je l'ai vu aussi. L'excitabilité réflexe de la moelle épinière dure bien plus longtemps chez eux, après la décapitation, que chez les chiens adultes. Dans ces conditions spéciales, j'ai vu les mouvements réflexes des membres postérieurs durer pendant vingt-deux minutes chez un chien nouveau-né de la veille, tandis que chez le chien adulte ils ne persistent pas au dela de deux minutes et demie.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — *De l'action vaso-motrice de la suggestion chez les hystériques hypnotisables.* Note de M. DUMONTPALLIER.

« En 1882, j'avais entrepris à l'hôpital de la Pitié (1) des expériences pour étudier l'action des agents physiques (lumière, chaleur, électricité, etc.) sur les hystériques en état d'hypnotisme. Dans le même ordre d'idées, j'ai été conduit à rechercher, avec le thermomètre, les modifications de température que la suggestion peut déterminer en différentes régions de la surface du corps chez les hystériques hypnotisables.

En suggérant une idée à l'hypnotisé somnambulique, on peut lui faire éprouver des sensations, commettre des actes et déterminer chez lui des hallucination. Ces faits sont aujourd'hui acceptés par les psychologues, les physiologistes et les cliniciens les plus autorisés; cependant on ne saurait prétendre porter la conviction dans l'esprit de tous qu'à la condition d'établir, par une constatation physique, scientifiquement mesurable, la réalité, l'exactitude absolue des phénomènes qui peuvent être produits par la suggestion. C'est le but que j'ai voulu atteindre en faisant les expériences que je soumets au jugement de l'Académie.

« Dans ces derniers temps, MM. Bernheim, Beaunis, et Liébault, de Nancy, ont fait connaître les résultats de leurs expériences sur la vésication de la peau, déterminée par sug-

(1) Sur le conseil de M. le Professeur Bouley et avec le concours de M. le Dr P. Magnin.

gestion chez une hystérique en état de somnambulisme. La situation officielle, l'honorabilté des expérimentateurs commandaient que l'on prît en sérieuse considération leurs affirmations. Dans le courant du mois de juin, j'ai donc voulu répéter l'expérience qui avait été faite par MM. Bernheim et Beaunis.

Alors, sur une malade hystérique de mon service, à l'hôpital de la Pitié, je procédai de la façon suivante. Une bande de linge fut enroulée autour de la partie supérieure de la jambe droite de cette malade et, pendant la période de somnambulisme je suggérai à la malade l'idée que sous la bande de linge se trouvait un papier vésicant qui devait produire, le lendemain matin, une vésication de la peau sur la région supérieure et interne de la jambe droite. Toute la journée et la nuit, le malade éprouva une sensation de brûlure à l'endroit indiqué; le lendemain, lorsque j'enlevai la bande de linge, je constatai avec le thermomètre une différence de température de 4° C. entre la région sus-indiquée et la région homologue du membre opposé; mais il n'y avait pas apparence de vésication.

Restait à étudier si le dispositif expérimental, unilatéral, n'avait pas déterminé le phénomène dit *transfert de la température*, ce qui eût, en dehors de toute action de suggestion, expliqué l'élévation de température.

Le 30 juin, je recommençai l'expérienee sur deux hystériques de mon service. Les malades étant l'une et l'autre dans l'état somnambulique, j'appliquai sur la partie supérieure et interne de chacune de leurs jambes un morceau de papier ordinaire. Le papier était maintenu en place par plusieurs tours de bande de linge, et le tout fixé par une bandelette de diachylon. Puis, ayant constaté que le bandage identique pour les quatre jambes, ne pouvait produire de gêne de la circulation, je traçai sur chaque appareil des lignes, afin de pouvoir m'assurer que l'appareil ne serait pas dérangé.

Tout étant ainsi disposé pour chacune des deux malades en état de somnambulisme, je suggérai à l'une d'elles que la région supérieure et interne de sa jambe gauche serait le siège d'une vésication et à la seconde malade que la même région de sa jambe droite serait aussi le siège d'une vésication de la peau.

Le matin du jour de l'expérience, les malades restèrent endormies seulement pendant une heure. Dans l'état hypnotique et dans l'état de veille, chacune de ces malades se plai-

gnait d'une sensation de brûlure d'un sinapisme. Deux jours de suite, ces malades furent hypnotisées, matin et soir, pendant une heure; dans le somnambulisme, on leur répéta plusieurs fois que le papier vésicant devait agir. Le lendemain et le surlendemain du début de l'expérience, les appareils de pansement ne paraissaient pas altérés par la sérosité; mais en glissant un thermomètre, au contact de la peau, sous chacun des pansements, on constatait :

Pour la jambe droite de la nommée H., une élévation de température de 3° (34°-37°) après vingt-quatre heures, et de 2°, 4 après quarante-huit heures (34°-36°,4).

Pour la jambe gauche de la nommée M., une élévation de température de $\frac{3}{10}$ de degré après vingt-quatre heures (33°, 2-33°,5) et de 2°,8 après qurante-huit heures (33°,2-36°).

Notons que, immédiatement au-dessous des zones influencées par la suggestion, la température était inférieure de plusieurs dégrés pour chaque membre en expérience. Dans les zones homologues des deux membres inférieurs de la même malade, la température a présenté des oscilliations à différents moments de l'expérience; mais toujours la température est restée supérieure pour le côté où avait porté la suggestion.

Afin de diminuer les conditions d'erreur, lorsque je repris pour la troisième fois les mêmes expériences, du 5 au 8 juillet, chez les mêmes malades, je variai le dispositif expérimental qui, cette fois, ne portait que sur le membre inférieur, opposé à celui qui avait servi à la première série d'expériences.

De ces nouvelles expériences, il ressort :

1° Que, pendant toute la durée des expériences, mais surtout dans les périodes hypnotiques, l'élévation de la température du membre sur lequel avait porté la suggestion a été constante et marqué par un maximum de 2°,4 (34,4-36,8) pour l'une des hystériques, et de 1°,7 (35,1-36,8) pour l'autre sujet;

2° Que la différence de température des deux membres de la même malade, dans les régions homologues et aux mêmes moments de l'expérience, a oscillé entre 0°,5 et 2° pour l'une des malades, et entre 0°,5 et 6°,4 pour la seconde malade. (Une part doit être faite au phénomène du transfert, pour se rendre compte de la différence de 6°,4.)

Toutefois, ce qui est constant, c'est la surélévation de température de la région du membre sur lequel a porté la suggestion.

3° Les expériences terminées, la température est redevenue égale, pour les régions homologues des membres inférieurs.

De l'exposé de ces faits il résulte que, dans des circonstances déterminées, *la suggestion peut produire une modification vasomotrice, caractérisée par une élévation de température de plusieurs degrés centigrades, et cela pour les régions limitées à volonté.*

Le fait de l'élévation locale de la température, déterminée par la suggestion, ouvre la voie à une série d'expériences nouvelles de même ordre et permet une interprétation physiologique de phénomènes sur la réalité desquels planait toujours le doute scientifique : peut-être n'existe-t-il, entre l'élévation locale de la température et la production de phlyctènes, d'ecchymoses, d'hémorrhagies, que des degrés d'action de la suggestion. C. V.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Année 1885 (1).

Séance du 4 juillet. — *Circulation cérébrale.* — M. F. Franck continue ses recherches sur la circulation cérébrale. On sait que pendant l'inspiration il se fait un appel du sang veineux dans la cage thoracique. Une certaine quantité de liquide sanguin va donc abandonner le cerveau ; mais comme celui-ci doit être toujours soumis à une même tension, et que celle-ci dépend de l'équilibre proportionnel entre la pression artérielle, la pression veineuse et la pression du liquide céphalo-rachidien, reste à savoir lequel des deux liquides restant va compenser le sang veineux appelé dans le thorax.

On dit, depuis le professeur Richet, que pendant l'inspiration il y a excés de pression dans la cavité abdominale ; que par conséquent un obstacle énorme empêche dans cette cavité le cours du sang veineux qui stagne dans le système lombo-sacré, et comme tel repousse vers les régions supérieures de la moelle et du cerveau le liquide céphalo-rachidien de la partie inférieure. Ainsi se ferait par le même sang, mais venu des régions inférieures, la compensation au déficit du sang veineux des régions supérieures pendant l'inspiration. M. Franck ne peut se ranger à une pareille théorie et pour deux raisons : la première c'est que le sang compensateur, en se dirigeant de la

1) Voy. *Encéphale*, 1885, p. 466.

région lombaire vers le cerveau passant fatalement par la région dorso-cervicale rencontrerait là le même appel thoracique que le sang cérébral lui-même ; la seconde c'est que la ligature de la moelle et des enveloppes médullaires chez le chien, après ouverture préalable du canal vertébral, ne modifie en rien les changements de pression qu'on observe au niveau du sinus pendant l'inspiration.

Pour M. Franck la pression artérielle se modifie, pendant les mouvements respiratoires, à l'inverse de la pression veineuse. Celle-là, en effet, augmente pendant l'inspiration. Il s'en suit un accroissement énorme de la rapidité du courant artériel, et c'est ainsi qu'on peut comprendre comment le sang artériel, chassé des artères par une exagération de tension et appelé vers les veines par une diminution de pression, se précipite dans celles-ci pour y remplacer de suite le sang veineux en déficit au moment de l'inspiration.

Troubles trophiques par suggestion. — M. DUMONTPALLIER. MM. Bernheim et Beaunis ayant déjà signalé la production possible de troubles trophiques par la simple suggesion mentale, j'ai voulu savoir s'il me serait possible d'obtenir chez quelques-unes de mes hystériques des phénomènes analogues. Un matin, je suggérai à une malade en état d'hypnotisme qu'elle avait sur la jambe, au point où je lui appliquais un morceau de papier blanc, une vésication que je devais constater le lendemain. Cette vésication ne se fit point. Je le prévoyais du reste ; mais, je trouvai à la main une augmentation très manifeste de la température qui, au thermomètre, se chiffrait par une différence de 4 degrés avec les autres parties du corps.

Encouragé par ce résultat, j'expérimentai alors sur deux malades et sur les deux membres à la fois.

J'usai d'un dispositif absolument identique, me mis soigneusement à l'abri de toute simulation, et suggérai aux malades qu'elles devaient, au lever de l'appareil, avoir une ou plusieurs phlyctènes.

Le lendemain, elles se plaignaient d'une sensation de brûlure intense.

Le surlendemain, j'enlevai le carré de papier : il n'existait point de vésication ; mais il existait une différence considérable de température aux points où j'avais suggéré que devaient se former des phlyctènes ; tout autour de cette zone, à droite et à gauche, la température était la même.

Tels sont les résultats que j'ai obtenus. J'aime mieux avoir obtenu ces troubles vaso-moteurs qu'une véritable vésication; celle-ci aurait permis à ceux dont la critique toujours facile trouve à s'alimenter si aisément sur la simulation des malades, les erreurs expérimentales des médecins, etc., de croire qu'il y avait quelque faute d'observation ; ici, le thermomètre a parlé lui-même et on ne saurait mettre en doute un phénomène absolument en dehors, par sa nature même, de toute tentative de tromperie.

Ces troubles vaso-moteurs restent-ils toujours à cet état ou bien n'amènent-ils pas à leur suite une série de troubles trophiques ? Je n'en sais rien ; une de nos malades a présenté une ecchymose très manifeste peut-être due à la suggesion mais, je n'en tire aucune conséquence, ne sachant point si elle n'a pas subi antérieurement quelque traumatisme qu'on pourrait opposer à mon interprétation.

M. Brown-Sequard. — Je ne suis nullement étonné des faits si intéréssants observés par M. Dumontpallier. On sait, en effet, que les hypochondriaques commencent à avoir le foie congestionné le jour où ils s'imaginent avoir une maladie de cet organe ; il en est de même pour les yeux chez cette variété de névropathes.

On connaît aussi ce fait rapporté par Carpentier, et aujourd'hui reconnu absolument vrai. Une mère voit tomber sur le bras de son enfant le support d'une vitre appartenant à une de ces anciennes fenêtres appelées fenêtres à guillotine. Elle se trouve mal, perd connaissance, et quelques jours après, au point même de son bras correspondant à celui du bras de l'enfant qui avait été contusionné, apparaît un vésicule, puis un ulcère profond dont la guérison fut assez longue.

M. Ch. Féré. — Ces faits sont extrêmement intéressants. Il est certain que dans tous ou presque tous on s'est mis à l'abri de la supercherie. — On peut s'expliquer ainsi, par la suggestion des troubles trophiques, les stigmates d'autrefois. Pour ma part, je n'ai jamais pu produire la vésication, mais j'ai une fois pu déterminer la production d'une ecchymose. — Je n'ai pas publié ce fait parce que je n'avais pas observé le malade d'une façon si sévère que je puisse le considérer comme absolument scientifique.

Etat psychique et force dynamométrique. — M. Ch. Féré, pour se mettre à l'abri des objections qu'on aurait pu adresser à son mode d'expérimentation, a fait porter ses recherches

dynamométriques sur de nouveaux muscles. On pourrait dire en effet qu'en expérimentant sur les muscles fléchisseurs des doigts, les explorations déterminent certaines douleurs et, en outre, que ces muscles très exercés avalent peut-être une sensibilité spéciale qui troublait les résultats.

Il a expérimenté sur le sphincter de l'anus chez un sujet exempt de nérvosisme et à l'abri, comme on le pense, de tout soupçon d'exercice musculaire dans ces régions délicates. On introduit dans le rectum une sonde dont la lumière est mise en commnnication avec un appareil de Marey. Ce sont les contractions volontaires, faites au commandement, qui ont été étudiées : il faut en pareille expérience ne tenir aucun compte des contractions involontaires dues à l'influence du corps étranger qui se manifestent toujours et qui ne valent rien comme sujet d'étude.

Cela étant donné, voici ce qu'a observé M. Féré :

1° Le sphincter anal peut se contracter un certain nombre de fois coup sur coup avec une force sensiblement égale. Ce fait n'est pas nouveau : M. Féré l'avait déjà démontré pour les muscles du bras, dont l'épuisement est pour ainsi dire impossible.

2° Le sphincter anal est incapable de soutenir l'effort.

3° Si on étudie comparativement les contractions préparées ou au commandement, on voit que l'attention exagère la puissance du mouvement.

4° Toute opération psychique exagère la contraction : de même les sensations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat.

5° Ces mêmes faits exagèrent aussi la puissance à soutenir l'effort.

6° Certaines autres excitations sensorielles ont encore un pouvoir dynamogénique considérable, comme le tabac, par exemple.

En terminant M. Féré dit quelques mots de l'association fonctionnelle du sphincter de l'anus et du bulbo-caverneux.

Séance du 11 juillet. — *Troubles vaso-moteurs par suggestion.* — M. Dumontpallier cite quelques nouvelles expériences confirmatives des premières dont il a déjà publié les résultats. Ici encore les différences de température observées ont porté entre 0°5 et 6°4.

Etat psychique des hypnotiques. — M. Dumontpallier étudie devant la Société l'état des hystériques qui, sortant de l'état

somnambulique, exécutent, à l'état de veille, les actions qu'on leur a suggérées pendant le sommeil. Cet état est intermédiaire entre l'état de veille, parce que le sujet n'est pas maître de ses actes, et le somnambulisme parce qu'il n'y a pas d'excitabilité névro-musculaire. Il y a, dans le sujet, une lutte intérieure qui le fait résister quoi qu'en vain à l'impulsion dont il n'est pas maître.

M. Féré a déjà signalé cet état dont parle M. Dumontpallier ; cette lutte entre la volonté propre de la malade et l'exécution des actes qu'on lui ordonne est un fait bien connu. Il ne faut même pas croire qu'on fait dire à une hypnotique tout ce que l'on veut. M. Féré rappelle à cet égard qu'il n'a jamais pu se faire réciter par les hystériques de la Salpétrière un seul des couplets peu élogieux d'une chanson qu'on avait faite sur son compte.

C. V.

CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE

Par E. RÉGIS

AFFAIRE D.....

Sommaire. — Mariage et donations dans le cours d'une Paralysie générale progressive. — Après la mort du sujet, demande en nullité, par les collatéraux du mariage et des donations. — Rejet de la demande par le Tribunal. — Appel. — Confirmation par la Cour, du jugement du Tribunal de première instance relativement au mariage; autorisation de l'enquête relativement aux donations. — Annulation définitive des donations par jugement de la Cour en date du 27 juillet 1885.

Je soussigné, E. Régis, docteur en médecine, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de la Maison de santé du Castel-d'Andorte, au Bouscat (Gironde), appelé par M. Joannès D..., à donner mon avis sur la maladie dont est mort M. Bernard-Georges-Ferdinand D... son frère, le 31 janvier 1883, et à reconstituer les phases principales de cette maladie, en examinant particulièrement l'influence qu'elle a pu avoir sur la capacité civile dudit Ferdinand D..., après avoir pris connaissance du dossier, ai rédigé la consultation médico-légale suivante :

Exposé de l'affaire.

M. Bernard-Georges D..., dit Ferdinand, est né à Paussac-Saint-Vivien, près Brantome, le 14 janvier 1832. Intelligent, instruit, mais sans fortune, il est venu à Bordeaux vers l'âge de 24 ans, pour entrer aussitôt, en qualité d'employé, dans la Maison Maillac et Cie. Il est resté là pendant toute la durée de sa vie active, c'est-à-dire pendant vingt-trois ans, et grâce à ses aptitudes commerciales, à son assiduité au travail, à son esprit d'ordre et d'économie, il est arrivé peu à peu à occuper le poste important de chef de rayon et à posséder un intérêt dans la Maison.

Ferdinand D... était un homme d'une conduite régulière et qui n'a jamais commis d'excès. Resté célibataire, il avait eu plusieurs maîtresses, mais il avait toujours su conserver la dignité et la réserve qui s'imposaient à sa situation. La dernière en date est Mlle Jeanne-Mathilde R..., qui avait déjà un enfant au moment où il l'a connue, et qui exerçait à Bordeaux la profession de couturière. D..., pendant les premières années de cette liaison, se conduisit avec elle comme avec les précédentes, la voyant régulièrement, mais en cachette, n'en parlant pas, sauvant les apparences.

Dans les premiers mois de l'année 1879, les gérants de la Maison Maillac ayant remarqué un trouble croissant dans les idées, les discours et les actes de D..., se virent dans l'obligation, d'accord avec le médecin, de l'envoyer d'abord en congé, et bientôt après de se priver définitivement de ses services et de le remplacer dans la Maison.

A dater de ce moment, Ferdinand D... et Mathilde R... ne se quittent plus. Ils font d'abord un voyage au pays natal de D..., puis ils reviennent à Bordeaux, et au bout de quelques jours, le 6 août 1879, leur mariage a lieu et se célèbre dans la commune du Bouscat.

Un mois et demi après le mariage, le 23 septembre 1879, D... signe une donation en usufruit de tous ses biens en faveur de sa femme. Le 28 septembre 1880, nouvelle donation qui accorde à Mme Ferdinand D... la nue propriété de ces mêmes biens.

Pendant ce temps, la maladie mentale dont D... était atteint continuait à faire des progrès, si bien qu'à la fin de l'année 1882, son frère Joannès intervient, et formule contre lui une demande en interdiction qu'il dépose dans la première quinzaine de janvier 1883. Le 31 janvier, le Tribunal autorisait la

poursuite en interdiction. Ce jour-là même, Ferdinand D... mourait des suites de son affection mentale, et sa mort rendait ainsi nulle et non avenue la demande en interdiction formée contre lui.

Deux mois et demi après la mort de son frère, le 16 avril 1883, Joannès D... assigne Mathilde R..., veuve Ferdinand D..., pour voir déclarer inexistants et sans valeur, pour cause d'insanité d'esprit et de démence, le mariage de Ferdinand D... et les deux donations qui lui ont fait suite.

Le 27 février 1884, le Tribunal de première instance rend un jugement déclarant Joannès D... non recevable dans sa demande en nullité de mariage de son frère pour cause de démence, et également mal fondé dans les autres chefs de ses conclusions.

Le 8 mars 1884, Joannès D... fait appel du jugement précédent et réclame à nouveau : 1° la nullité du mariage; 2° l'annulation des deux donations. Il demande à être autorisé à prouver, tant par titres que par témoins, l'insanité d'esprit et la démence de son frère.

Enfin, par délibération en date du 24 juin 1884, la Cour, jugeant en appel, confirme, relativement à la nullité du mariage, le jugement du Tribunal civil de Bordeaux du 27 février 1884, la loi n'autorisant pas les collatéraux à demander la nullité d'un mariage pour cause de démence, tandis qu'elle les autorise, comme on sait, à former opposition à sa célébration (art. 174 du Code civil); et relativement à la nullité des donations, admet Joannès D... à prouver l'insanité d'esprit du donateur.

Dans le cours de cette procédure, le 11 janvier 1884, on découvrit par hasard un testament olographe de Ferdinand D..., daté de 1870, et déposé par lui chez Me Bedouret, notaire à Bordeaux.

Ce testament, dont copie existe au dossier, et qui n'a jamais été révoqué par son auteur, contient les dispositions principales suivantes :

D... lègue la moitié de ses revenus, à son frère Henry D..., vivant alors, et l'autre moitié des revenus, avec la totalité des biens, aux enfants de son autre frère, Joannès D... ; à charge par ses héritiers de payer deux legs, l'un de 2,000 fr., à un jeune homme, Ferdinand P..., élève des frères à ce moment, l'autre de 3,000 fr., à sa maîtresse, Jeanne-Mathilde R... Il institue pour exécuteur testamentaire son frère Joannès D...

Tels sont les faits, desquels il résulte surtout que Ferdinand D..., homme intelligent, économe, d'une conduite régulière et rangée, voulant du bien à sa famille, ainsi que le prouve son testament de 1870, qui partage sa fortune entre ses deux frères et leurs enfants, et n'accorde qu'un souvenir à sa maîtresse, a complètement changé d'attitude dans les dernières années de son existence; si bien qu'après s'être vu remercié et remplacé pour cause de démence progressive dans la maison de commerce où il se trouvait depuis vingt-trois ans, aimé et estimé de tous, il s'est marié avec sa maîtresse, et, après ce mariage, lui a légué, par deux donations successives, la totalité de ses biens, sans annuler son précédent testament.

Il reste à établir pour Joannès D..., et c'est ce que la présente étude médico-légale a surtout pour objet de mettre en lumière :

1° Que Ferdinand D... est mort en état de démence;

2° Que cet état de démence a été antérieur à son mariage, et par conséquent, à l'époque des donations incriminées;

3° Que cet état de démence n'a pas présenté d'intervalles lucides, èt que ce n'est pas, par conséquent, dans un moment de retour à la raison que les donations ont pu être faites.

Tels sont les points qu'il convient d'examiner successivement.

Discussion. I. — Que Ferdinand D... soit mort en état de démence, la chose ne peut faire aucun doute, attendu qu'elle n'est contestée par personne, et qu'on en trouve, au contraire, les preuves les plus évidentes non seulement dans les dépositions et témoignages de l'Enquête, mais aussi dans celles de la Contre-Enquête, et jusque dans les propos et les écrits de Mme Ferdinand D... elle-même.

En ce qui concerne la Contre-Enquête, deux déclarations sont particulièrement frappantes. L'une émane de Me A..., qui a assisté comme clerc à la première donation, et a reçu comme notaire la seconde. Me A... déclare que quelques mois après cette seconde donation, il vint voir Ferdinand D... sur la demande de sa femme, qui, déjà en possession des deux donations, désirait encore une procuration générale au sujet de l'administration des biens de son mari. Le notaire trouva Ferdinand D... très affaibli et ne pouvant plus répondre que par monosyllabes, à ce point qu'*il crut devoir se retirer sans procéder à la confection de l'acte.* La seconde déposition est celle de M. A..., l'ancien maire du Bouscat qui a procédé au

mariage de D..., dont la validité est contestée, comme le sont les donations. M. A... déclare très nettement qu'en 1881, M. D... fut atteint de *paralysie du cerveau*. « *Sa folie*, « dit-il, n'était pas dangereuse, il était simplement comme un « enfant ».

Quant à Mme Ferdinand D..., les détails qu'elle donne sur l'état de santé de son mari et les soins qu'il nécessite dans ses diverses lettres, notamment dans celles des 2, 25 et 28 février 1881, à Joannès D..., sont pleinement confirmatifs de l'état de démence et de paralysie dans lequel il se trouvait plongé.

A défaut de ces preuves, déjà péremptoires par elles-mêmes, et qui viennent corroborer les témoignages de l'Enquête, les certificats médicaux du Dr Duvignaud et du Dr Dubreuilh, joints aux pièces du dossier et fournis, l'un par les demandeurs, l'autre par Mme veuve D..., établiraient d'une façon certaine la nature de la maladie dont est mort Ferdinand D... Ces deux certificats sont, en effet, complètement d'accord pour déclarer qu'il s'agissait, chez lui, d'une paralysie générale progessive. L'un insiste sur l'affaiblissement graduel de l'intelligence chez le malade; l'autre, relatif aux derniers temps de son existence, montre l'état de cachexie générale dans lequel il était tombé, et mentionne notamment la présence d'escarres au sacrum, un des troubles trophiques les plus fréquemment observés, en effet, dans la période ultime de la paralysie générale progressive.

Mieux encore que toutes les déclarations des témoins, mieux que les attestations des médecins, les lettres écrites par Ferdinand D... dans les dernières années de sa vie démontreraient, s'il était nécessaire, l'état de démence dans lequel il était tombé. Ces lettres, qui constituent les documents les plus importants du procès, comme cela a lieu toutes les fois qu'il s'agit de la reconstitution de l'état mental d'un individu après décès, trahissent de la manière la plus nette et la plus frappante le profond affaiblissement physique et intellectuel de celui qui les a écrites.

En comparant, en effet, ces lettres à celles écrites par D... antérieurement à sa maladie, on est frappé de la différence qui existe entre elles, et de l'altération tant matérielle que psychique qu'elles présentent. L'écriture en est grossière, presque informe; les lignes irrégulières et inégales; les mots mal dessinés, les lettres et les jambages tracés d'une main

hésitante et tremblée; de nombreuses taches et ratures parsèment chaque feuille et achèvent de donner à ces écrits un aspect caractéristique. D'autre part, la pensée est souvent absente, et lorsqu'on peut la suivre ou la deviner, on voit qu'il s'agit surtout de naïvetés, de détails absurdes et enfantins, de phrases délirantes sans lien logique et sans cohérence. Des mots sont omis, répétés : la plupart sont mal orthographiés, surtout les noms propres, et parmi ceux-ci ceux même qui étaient les plus familiers au malade, comme celui de sa femme, par exemple, qu'il écrit successivement dans ses lettres *Mathilde*, *Maltilde*, *Matthide*, *Maltilrde*. On trouve également *Basiste* pour *Bastide*, *enflats* pour *enfants*, *Joannenés* pour *Joannès*, *Girode* pour *Gironde*, etc.

En un mot, ces lettres sont absolument typiques, et elles représentent de la façon la plus nette et la plus complète les diverses altérations de forme et de fond qui sont le propre de l'écriture dans la paralysie générale progressive, et qui l'ont fait désigner par les Allemands sous le nom d'*écriture dysgrammatique* et *ataxique*.

Toutes les preuves que nous venons d'énumérer sont donc évidentes, et non seulement elles établissent que Ferdinand D... est mort en état de démence, mais elles tendent à démontrer encore que la forme de cette démence a été celle qui porte, en aliénation mentale, le nom de *paralysie générale progressive* des aliénés ou *démence paralytique*.

Nous venons de voir, en effet, que les écrits du malade afférents à sa période maladive représentaient des spécimens caractéristiques de l'écriture dans la paralysie générale; nous avons vu, en outre, que les deux médecins qui ont été appelés à délivrer un certificat ont conclu, l'un et l'autre, à l'existence de la paralysie générale; et enfin, que plusieurs témoins de l'Enquête et même de la Contre-Enquête ont désigné la maladie de Ferdinand D... sous le nom de *paralysie du cerveau*, *idiotisme*, *ramollissement*, noms que porte dans le public, la paralysie progressive.

D'autre part, en analysant en détail les différentes dépositions de l'Enquête et de la Contre-Enquête, ainsi que les écrits du malade et autres lettres annexées au dossier, on voit que chacun des faits cités constitue un phénomène habituel dans la paralysie générale, et que leur groupement reproduit dans son ensemble un tableau symptômatique de paralysie générale absolument complet.

Bornons-nous à indiquer parmi les faits les plus saillants :

Du côté psychique :

1° *L'affaiblissement progressif* de la mémoire et, d'une façon générale, de toutes les facultés intellectuelles et morales, constaté par toutes les personnes qui ont approché Ferdinand D... Cet affaiblissement intellectuel, qui s'est révélé tout d'abord par des lacunes dans la mémoire, des oublis étranges, une incapacité de plus en plus grande de tout travail suivi, s'est accusé progressivement au point que D... en est arrivé peu à peu à émettre des idées absurdes et à se livrer à des actes inconscients, par exemple à soutenir qu'on pouvait ressuciter le prince impérial en lui mettant une tête en caoutchouc; à vouloir planter des cerises en terre par la queue pour faire pousser des arbres; à appeler dans une même lettre une personne de sa famille sa *tante*, puis sa *mère*, et à s'intituler finalement *son fils;* à oublier qu'il était marié vingt-quatre jours après son mariage, et à inviter une de ses parentes à ce mariage, déjà accompli; à perdre toute pudeur et toute retenue, et à se livrer en société sur sa femme à des actes obscènes et à des tentatives de rapprochement sexuel, etc., etc. Finalement, cet affaiblissement intellectuel s'est accentué à tel point, que dans les derniers temps de son existence, D... était tombé dans la démence et l'hébétude les plus profondes, et qu'il avait absolument l'air, comme disent les témoins, d'un idiot.

2° Concurremment avec la démence, a existé un *délire expansif* qui, par la nature même des conceptions et divagations auxquelles il a donné lieu, a été l'un des premiers phénomènes constatés. Il suffit de parcourir les divers témoignages et les écrits du malade lui-même pour en trouver les traces les plus évidentes.

Dès le début de son affection, en effet, D... veut retirer toute sa fortune, amassée avec tant de peine et conservée si économiquement, pour la placer dans des spéculations hasardeuses et insensées, voulant, par exemple, acheter plusieurs maisons et plusieurs propriétés, fonder une maison de commerce destinée à rivaliser avec celle de ses patrons, prendre des actions d'un nouveau canal de Suez, d'une entreprise de vidanges à Paris, etc. Avec cela, une *manie d'achats* non moins caractéristique, et qui se traduit chez lui par un besoin inconscient d'acheter tout ce qu'il trouve, surtout de vieux meubles et de menus objets de bric-à-brac dont il

donne, sans marchander, tous les prix qu'on lui demande, et dont il aurait rempli sa maison si on l'avait laissé faire.

Enfin, le symptôme le plus important du délire expansif dans la paralysie générale, le *délire des grandeurs*, n'a pas fait défaut, et D..., l'a présenté de la façon la plus manifeste. C'est ainsi qu'on l'a entendu dire qu'il allait fonder une maison qui ferait deux millions d'affaires; que sa propriété du Bouscat valait 150,000 fr.; qu'il n'y avait rien d'aussi beau à Versailles qu'un misérable petit bassin qui s'y trouvait; qu'il avait une voix superbe, susceptible de chanter indifféremment les parties de ténor, de baryton et de basse-taille, et qu'il pouvait, grâce à elle, remporter la première couronne au concert. Cette particularité délirante relative à la voix est très commune, et pour ainsi dire typique dans la paralysie générale, et elle a d'autant plus d'importance ici qu'elle n'émane pas d'un simple témoignage, mais se trouve exposée tout au long dans une lettre du malade lui-même, écrite le 7 juillet 1879.

Du côté physique, les symptômes ne sont pas moins nets et évidents que du côté psychique, car leur existence ressort de tous les témoignages et de toutes les pièces du dossier. Les principaux sont :

1° Un *affaiblissement progressif* des forces, cette parésie graduelle spéciale à la paralysie générale, qui fait que les malades en arrivent à marcher avec difficulté, et finalement à ne plus pouvoir quitter leur lit. Devenus ainsi grabataires, ils tombent dans un état de marasme ou cachexie particulier qui porte le nom de *marasme paralytique*, et qui, s'accompagnant de gâtisme et d'escarres au sacrum, finit par les emporter. C'est bien ainsi, et avec tous les symptômes de cet état marasmatique, qu'est mort D..., comme en témoigne notamment le certificat du docteur Dubreuilh.

2° Le symptôme capital, dans l'ordre physique, est l'embarras de la parole, embarras progressif, comme tous les symptômes de la maladie, et qui, du moment où il est devenu évident, a été constaté par tout le monde chez D..., car les témoins s'accordent à dire qu'il bredouillait, et que, dans les derniers temps de sa vie, sa parole était devenue inintelligible et qu'il ne parlait plus que par monosyllabes.

3° A ces symptômes physiques, déjà si caractéristiques par eux-mêmes, on peut encore en ajouter certains autres révélés

par les détails de l'Enquête, et qui achèvent de compléter le tableau clinique, tels, par exemple, que cette avide gloutonnerie et cette difficulté d'avaler, à peu près constantes dans la paralysje générale.

Il est certainement hors de doute pour tous, non seulement que Ferdinand D... est mort en état de démence, mais encore qu'il s'est agi chez lui d'une paralysie générale progressive à forme expansive, c'est-à-dire avec délire de grandeurs absurde et incohérent.

Le fait est, d'ailleurs, tellement évident, que déjà, avant la lumière faite par l'Enquête, la Cour, dans son arrêt du 24 juin 1884, s'exprimait sur ce point de la façon suivante :

« Attendu qu'il est constant que Ferdinand D... est décédé le 31 janvier 1883, au cours d'une procédure en interdiction, des suites d'une paralysie générale progressive qui avait notoirement affecté ses facultés mentales ».

Le premier point à établir nous paraît donc absolument acquis, et il est permis d'affirmer que Ferdinand D... est *mort en état de démence, à la période terminale d'une paralysie générale progressive de forme expansive.*

II. — Le second point à établir, c'est que l'état de démence ou de paralysie générale de D... a débuté antérieurement à son mariage, et par conséquent, antérieurement aux donations incriminées. Or, c'est ici que le dissentiment commence, car c'est précisément ce point qui constitue le fond de la question, le véritable nœud du débat. Prouver, en effet, que Ferdinand D... est mort en état de démence n'est rien, mais établir que cette démence existait déjà avant son mariage, et, par conséquent, avant les donations qu'il a consenties, c'est établir qu'à cette époque, il était déjà sous le coup d'un affaiblissement intellectuel plus ou moins profond.

Pour les témoins de la Contre-Enquête, la démence de D... aurait été tardive, et ne se serait pas manifestée avant l'année 1881, au plus tôt dans les derniers mois de 1880. Le plus complet désaccord règne, du reste, chez ces témoins au sujet de la fixation, même approximative, du début de la maladie, les uns la faisant remonter à la fin de l'année 1880, d'autres au commencement de 1881, quelques-uns pendant l'été de la même année, d'autres encore à divers moments de l'année 1882. Certains, même, affirment qu'en 1882, D... souffrait plutôt des jambes que d'autre chose; et enfin,

quelques-uns, tout à fait absolus, mettent en doute qu'il ait jamais été atteint de démence. Tel est le bilan, tout à fait négatif, comme on le voit, de la Contre-Enquête sur le point capital du débat.

Au surplus, toute question de bonne foi mise de côté, il semble assez facile d'expliquer cette divergence d'opinions chez les témoins de la Contre-Enquête au sujet du début, et même de l'existence de la démence chez Ferdinand D... C'est qu'en effet, la démence n'est pas une chose qui tombe par elle-même sous le sens, qui soit appréciable pour tous, et bien des individus, arrivés aux derniers degrés de la déchéance intellectuelle et morale, passent encore aux yeux du monde pour posséder l'intégrité de leur intelligence, par suite de certaines habitudes extérieures de raison qu'ils ont conservées et qu'ils accomplissent d'une façon purement automatique. Ainsi, par exemple, la plupart des témoins de la Contre-Enquête ont été surpris de voir D... jouer correctement au loto dans les derniers temps de sa vie, et on voit que, pour la plupart, ce fait a une signification des plus précises en faveur de la conservation de ses facultés à ce moment. Or, veut-on savoir qu'elle est la véritable portée de cet argument? Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, et je me bornerai à citer uniquement quelques lignes de mon *Manuel des Maladies mentales*, au chapitre de la Démence :

« A un degré plus marqué, le *dément* est réduit à l'état d'automate, et vit dans l'inconscience la plus complète. Chose curieuse, cependant, bien qu'ayant tout oublié, jusqu'au nombre, à l'âge, au nom de ses enfants, jusqu'au sien propre quelquefois, il peut encore se livrer d'une façon irréprochable, et par une espèce d'habitude acquise, à des occupations ou à des distractions plus ou moins difficiles, telles que lectures de journaux, jeux de cartes, d'échecs, de billard, etc., etc. »

Telle est la valeur exacte de cette particularité au point de vue scientifique, et telle est, je le répète, une des principales causes d'erreur dans l'appréciation, par le public, de l'état de démence d'un individu.

Si les témoignages de la Contre-Enquête sont en désaccord pour la fixation du début de la maladie chez D..., il n'en est pas de même de ceux de l'Enquête, qui sont à peu près unanimes à faire remonter cette maladie aux premiers mois de l'année 1879. Il faut remarquer, d'ailleurs, que ces témoi-

gnages n'émanent pas, comme les précédents, d'individus plus ou moins étrangers à D... et n'ayant eu avec lui que des relations plus ou moins fortuites, mais de la plupart de ses camarades, de ses vieux amis, de ceux qui le voyaient journellement à l'œuvre, qui l'ont suivi de près pendant toute sa carrière, et qui, plus à même d'apprécier les modifications et altérations survenues dans son intelligence, lui portaient, en outre, un véritable intérêt et une sincère affection.

C'est le cas, en particulier, pour les gérants et les employés de la Maison Maillac, dont les dépositions, toutes concordantes, mettent en lumière des faits sur la nature desquels il est impossible de se méprendre.

Ainsi, dès le commencement de l'année 1879, D... est déjà dans un tel état de délire et de démence, que tous ses camarades de la Maison Maillac en ont connaissance, et que, lorsqu'il lui arrive de commettre quelque erreur ou quelque excentricité devant des clients, ils se touchent du doigt le front, comme pour dire : « N'y prenez pas garde, il n'a pas sa tête à lui ». « L'affaiblissement de sa mémoire fut surtout très marqué en 1879, dit M. B... dans sa déposition, et lui qui avait été un employé modèle, il oubliait de me communiquer des commandes importantes, comme celle de Mme H... en avril 1879 ». Bientôt, son état empire de telle sorte, que ses patrons, qui ont pour lui une affection réelle et qui l'estiment comme un de leurs plus vieux employés, se voient dans l'obligation de lui donner un congé d'abord, et bientôt après, en face des progrès toujours croissants de la maladie, de le remplacer définitivement dans la Maison.

Il n'existe rien de plus significatif que les lettres écrites à ce moment par le chef de la Maison Maillac sur le compte de son employé, et il suffit de lire ces lettres, pour se rendre un compte exact de l'état de D... à cette époque.

Dans la première lettre, en date du 14 juillet 1879, M. B... écrit à Joannès D..., alors à Brantome auprès de son frère, pour lui faire part de la gravité du mal de ce dernier et lui apprendre qu'il se trouve dans l'obligation de le remplacer.

Dans la seconde lettre, en date du 18 juillet, M. B... prie Joannès D... d'intervenir et de prendre les mesures nécessaires pour mettre la fortune de son frère à l'abri des gaspillages, car il a la manie des achats, particulièrement en ce qui concerne les vieux meubles.

Enfin, le 29 juillet 1879, M. B... écrit encore deux lettres

analogues, l'une à Joannès D..., l'autre à Mme B... tante du malade, pour les prévenir que D... a écrit à MM Maillac, à Paris, les priant de lui rendre dans le délai d'un mois toute sa fortune, entièrement déposée chez eux, parce qu'il a acheté la propriété des Farges, plus trois maisons. Il manifeste aussi l'intention de prendre des actions d'un canal que l'on va faire à Suez (*sic*), ainsi que des actions d'une entreprise de vidanges à Paris. Justement effrayé par ces menaces de prodigalité et de dissipation de la part d'un individu déjà en démence, M. B..., avant de rien faire, veut se renseigner, et il expose très nettement à Joannès D... et à Mme B... qu'aucune somme ne sera comptée sans qu'il soit donné des garanties suffisantes pour la sécurité de la Maison.

De ces lettres et des témoignages si précis de tous les employés de la Maison Maillac, il ressort clairement que dès les premiers mois de l'année 1879, D... donnait déjà des signes manifestes d'affaiblissement intellectuel, et qu'à la fin du mois de juillet de la même année, il était dans un tel état de délire et de démence, que ses patrons, qui avaient déjà été forcés de le remplacer, se voyaient encore dans l'obligation, pour sauvegarder leur responsabilité, d'exiger des garanties pour la restitution de sa fortune.

Tel est l'individu qui, le 6 août 1879, c'est-à-dire huit jours après, allait contracter mariage, et un peu plus tard, disposer d'une façon nouvelle de sa fortune par deux donations successives.

Au surplus, le témoignage de ses anciens patrons et camarades n'est pas le seul qu'on puisse invoquer pour montrer que dès ce moment D... était en plein état de folie et de démence. Les dépositions recueillies par l'Enquête fourmillent de déclarations très nettes sur la nature de ses actes et de ses discours, et les incidents de son voyage à Brantome, au mois de juillet 1879, sont particulièrement probants à cet égard. Je me contenterai d'en citer un seul, parce qu'il est relatif à Mme R... elle-même et qu'il est attesté par un témoin de la façon la plus formelle. M. C..., tourneur chaisier à Brantome, dépose que le 10 juillet 1879, M. D... vint lui emprunter son cheval et sa voiture pour aller à Château-Lévêque, à la recherche de bagages perdus. La dame R... lui demanda d'un air inquiet s'il allait avec eux, et, sur sa réponse négative, elle ajouta : « Ah ! Monsieur, je vous en supplie, venez avec moi ; autrement je ne pars pas,

car Monsieur est fou ». En prononçant ces paroles, elle se frappait le front avec le doigt. C... céda et les conduisit à Château-Lévêque. Ce fait, si peu important qu'il soit en apparence, suffit à montrer quelle opinion avait Mme R... elle-même de celui qui, moins d'un mois plus tard, devait devenir son mari. Cette opinion est, du reste, corroborée par une lettre que Mme R... écrivait à Mme B..., le 4 juillet 1879, et qui existe au dossier. Dans cette lettre, Mme R... dit qu'il lui est impossible de quitter D... un seul instant, et qu'il est tout à fait au-dessus de ses forces de rester plus longtemps seule avec lui. Elle l'a menacé de le quitter, mais il a répondu que si elle faisait cela, il achèterait un révolver et se donnerait la mort. « Ainsi donc, Madame, ajoute Mme R... pour éviter de nouveaux malheurs, venez demain. Il ne peut pas garder une domestique ; il en est entré une hier, mais je ne crois pas qu'elle reste jusqu'à demain. »

Une autre lettre tout à fait significative, et qui existe également au dossier, est celle écrite par Mme F..., cousine du malade, à Joannès D... le 8 juillet 1879. Dans cette lettre, Mme F... expose en détail à Joannès l'état de son frère. Elle ajoute qu'il est incapable de diriger ses affaires, que ses patrons ont donné le conseil de le faire interdire, et que le médecin, consulté, a conseillé de ne pas laisser sa maîtresse seule avec lui, parce qu'elle pourrait lui faire faire des choses qui seraient peut-être bonnes, « car tu sauras, dit-elle, qu'elle a l'intention de se faire épouser ».

Ainsi, dès ce moment, médecin, famille, amis et camarades de D... étaient au courant de son état de démence, et chacun semblait prévoir l'abus qui pouvait en être fait par sa maîtresse. Aussi, deux mois après, lorsque D... écrit à sa tante, Mme B..., pour lui annoncer, entre autres choses, la date de son prochain mariage, celle-ci s'empresse-t-elle d'écrire au maire du Bouscat pour lui dire que si son neveu se présentait devant lui pour contracter mariage, il veuille bien remarquer qu'il est en état de démence et que, par conséquent, il ne peut se marier. Malheureusement, il était trop tard, et le mariage était déjà un fait accompli.

Au reste, s'il pouvait rester quelque incertitude sur l'existence réelle de la paralysie générale, chez D..., avant l'époque de son mariage, la lecture des lettres écrites par lui à cette époque, suffirait à lever tous les doutes.

En effet, toutes ses lettres contenues au dossier sont mani-

festement altérées dans la forme et dans le fond à dater du mois de juin 1879, et cette altération, déjà très nette à ce moment, va en s'accentuant progressivement à chacune d'elles jusqu'aux dernières, qui ne sont pour ainsi dire plus que des écrits informes.

Pour n'en citer qu'une, la plus typique assurément, il suffit de rappeler celle du 7 juillet 1879 à la tante B..., et à laquelle nous avons déjà fait allusion à propos des idées délirantes qu'y manifeste D... au sujet de sa belle voix. La voici dans toute son intégrité. On y remarque des signes d'affaiblissement intellectuel tellement profond, que le malade, qui écrit à sa chère et bien-aimée tante, finit par l'appeler « ma chère mère » et par s'intituler « son fils le plus dévoué ». Elle est, en outre, émaillée des fautes d'orthographe, de grammaire et de style les plus grossières :

La Bastide, le 7 juillet 1879.

Ma Chère et Bien aimée Tante.

Je t'ai dit la raison pour laqu'elle je partais pour Périgueux qui m'a empêché de tattendre *pars* par le train de 8 h. 1/5 de la Basiste nous tattendrons à Gare de Perigueux.

Je désire à tous prix attendre le concert et concours de ce soir à Perigueux et si j'avais eu le temps de me faire inscrire Mathilde et moi aurions remporté la première couronne, tu as du reste entendu ma voix par laquelle je chante, les ténors légers, les forts tenors les baritons et les bases tailles de gds operas et Malthilde daprès les leçons que je lui ai données est également pareille sauf qu'elle les rôles de son sexe.

Bien que notre mariage soit décidé dans 8 jours et que des suscep=tibilités t'ombragent à legard te les amies, je la ferai dessendre à l'hôtel anciennement Villate au Reclus et je la ferai passer pour la famme d'un de mes amis que j'ai menée pour guérir sa vue je prendrai deux chambres à lotel.

Voilà ma chère Mère ce que j'éviterai pour éviter ta susceptiblilité.

Jatime je t'aime de *L* toutes les forces de mon âme.

Ton fils le plus dévoué.

On trouve également des traces manifestes de délire et de démence dans les lettres des 27 juin 1879, 29 juin, 10 juillet, 22 juillet, 30 août, etc.

Ainsi donc, par les témoignages les plus irrécusables comme par les écrits du malade lui-même, il est avéré que son affection mentale existait déjà dans les premiers mois de l'année 1879.

Quant à spécifier exactement à quel moment précis a pu débuter cette affection, ce point, déjà très difficile chez les malades vivants, l'est plus encore évidemment chez ceux qui sont morts, et cela parce qu'il n'est pas de maladie plus insidieuse que la paralysie générale, dont l'origine se perd, pour ainsi dire, dans la nuit du passé.

Ce qu'il y a de certain, c'est que chez D... le trouble intellectuel et moral était déjà, dans les premiers mois de l'année 1879, assez marqué pour être visible aux yeux de tous, médecin, parents, amis, camarades, étrangers, et pour avoir nécessité dès le mois de juin de la même année, de la part de ses patrons, une intervention des plus actives. Or, chacun sait que lorsque la paralysie générale est ainsi devenue manifeste pour tous, elle a presque toujours déjà un temps de date plus ou moins long. « Quand on scrute attentivement la vie des paralytiques, et qu'on insiste auprès de leurs familles, on en arrive à découvrir que les premières modifications de l'intelligence, du moral et de la santé générale qui ont marqué l'éclosion de la maladie remontent souvent à plusieurs années avant son apparition évidente. C'est dire que, tout d'abord, ce sont des nuances imperceptibles qui surviennent, trop peu manifestes pour se révéler à des yeux non prévenus... Mais déjà, certaines défaillances intellectuelles, morales et physiques se manifestent, avant-coureurs de la déchéance prochaine. « L'observateur attentif, dit M. J. Falret, commence déjà à constater quelques absences momentanées de mémoire ou d'intelligence, de véritables lacunes dans les conceptions, en un mot, des traces non contestables de *démence commençante*, qui sont comme la marque caractéristique de cette maladie mentale, même dès ses premiers débuts. » (Régis, *Manuel pratique de Médecine mentale*, p. 307-309.

Il est donc à peu près certain qu'aux mois d'avril, mai et juin 1879, alors que la démence paralytique était devenue évidente chez D..., elle existait déjà depuis quelque temps, et qu'on peut, sans être taxé d'exagération et en restant même au-dessous de la vérité, fixer ses premiers débuts tout à fait au commencement de l'année 1879).

Ainsi se trouve résolu de la façon la plus nette et la plus évidente le second terme du problème : « *L'état de démence, chez D..., a été antérieur à l'époque de son mariage, et par conséquent, à l'époque des donations incriminées* ».

III. — Il reste à établir maintenant que l'état de démence, chez D..., n'a pas présenté d'intervalles lucides, et que ce n'est pas, par conséquent, dans un moment de retour à la raison que ces donations ont pu être faites.

Il suffirait, pour le démontrer, d'envisager la question au point de vue purement scientifique, et de rappeler que la paralysie générale est une de ces formes d'aliénation mentale qui ne sont pas susceptibles de présenter d'intervalles lucides au sens légal du mot, c'est-à-dire de retours complets et plus ou moins durables de la raison.

Tout au plus peut-on rencontrer dans cette affection ce qu'on appelle des *rémissions*, c'est-à-dire une simple atténuation des symptômes morbides; encore, cette atténuation ne porte-t-elle que sur un certain ordre de symptômes, et particulièrement sur l'élément *délire*, tandis que la *démence* ou perte de l'intelligence proprement dite, qui constitue le fond de la maladie, n'est susceptible d'aucun retour en arrière, d'aucune amélioration : affaiblissement intellectuel signifiant chose irrémédiablement perdue (1).

La rémission, par conséquent, en raison même de sa nature, n'est susceptible de se produire et de déterminer un retour plus ou moins apparent de la responsabilité et de la capacité, chez les paralytiques généraux, que dans les formes où le délire prédomine sur la démence et lui est antérieur. Mais dans les cas où celle-ci ouvre la scène et se manifeste d'emblée, la rémission ne peut avoir lieu, car il y a là des lésions irréparables qui rendent impossible un retour, même partiel, de la raison.

(1) Legrand du Saulle, *Étude médico-légale sur la paralysie générale*, pages 23 et 27 : Dans la rémission, le délire cesse, mais la démence reste; et par le mot démence, j'entends ici l'affaiblissement progressif du niveau intellectuel. Le malade, par exemple, est changeant, mobile, susceptible et imprévoyant ; il attache de l'importance à un détail, oublie des intérêts graves, néglige le principal et s'occupe de l'accessoire; il n'a plus la même sûreté d'appréciation, se méprend volontiers sur la valeur des hommes ou des choses, se laisse circonvenir par son entourage et accepte sans résistance une opinion toute faite; accessible à la louange et à la flatterie, il subit avec souplesse l'impression d'autrui, tend affectueusement la main à son ennemi ou se brouille avec ses parents; très facile, en un mot, à conduire, à dominer et à capter, il peut s'aventurer dans les plus sottes entreprises, hasarder sa signature, répondre pour un ami insolvable, observer les plus austères pratiques d'une dévotion soudaine, ou commettre les plus grands excès alcooliques ou vénériens. Causez avec cet homme, témoignez-lui quelque intérêt, et il va vous faire des protestations cha-

Or, c'est bien d'une paralysie générale de ce genre qu'il s'est agi chez D..., ainsi que le démontrent les nombreux symptômes indiqués plus haut, et en particulier cet affaiblissement général des facultés, cette perte de la mémoire et cette inconscience qui en ont marqué les premiers débuts. Chez lui, la démence a existé dès l'origine, et quelles qu'aient été les évolutions ultérieures du délire qui l'accompagnait, il est certain que cette démence a été chaque jour en augmentant, méritant ainsi l'épithète de *progressive*, attribuée pour ce fait à la maladie.

Au surplus, certains détails du procès établissent nettement qu'aux époques correspondantes au mariage et aux deux donations, D... se trouvait en pleine démence.

Ainsi, M. le Dr Duvignaud, dans un certificat médical joint au dossier, dit avoir fait suivre à Ferdinand D... un traitement hydrothérapique, dans sa maison de santé, du 9 août 1879 (c'est-à-dire *trois jours après le mariage*), jusqu'au 21 octobre 1880. « M. D..., dit le Dr Duvignaud, était atteint d'une paralysie générale progressive, et, comme cela existe toujours dans cette affection, son intelligence était affaiblie. Sur les derniers mois, son état maladif semblait avoir empiré, et son intelligence avait encore baissé. »

D'autre part, Me A...., témoin de la Contre-Enquête, dépose qu'il a assisté comme clerc à la première donation, et a reçu comme notaire la seconde, celle du 28 septembre 1880. A ce moment, il trouva D... très bien. « *Quelques mois plus tard*, ajoute-t-il, Mme D... vint me prévenir que son mari était dans un tel état de santé, qu'il ne pouvait plus lui-même

leureuses, il s'attendrira et ne pourra plus retenir quelques larmes. Au demeurant, il a pour lui les meilleures apparences, se tient bien dans le monde et prend part aux futiles conversations d'un salon ; mais chacun remarque le contraste qui existe entre ce qu'il était autrefois et ce qu'il est aujourd'hui ; en un mot, il a baissé.

Ne soyez donc pas trop surpris si vous voyez parfois des individus contracter des mariages disproportionnés, déraisonnables, scandaleux ou honteux, sous l'influence certaine des accidents qui signalent le début ou les rémissions de la paralysie générale. Dans ce cas, le contrat de mariage est rédigé dans le sens le plus favorable à la femme; le mari meurt dans un délai assez court, et la fortune passe dans des mains indignes ! Lorsque le contrat renferme quelques clauses restrictives, l'idée d'un testament est bien vite suggérée et plus vite acceptée encore.

Je ne peux pas trop le répéter : la paralysé général est un objet de convoitise ; le vol s'organise autour de lui et l'intimidation s'exerce sur sa faiblesse.

administrer sa fortune, et qu'il avait l'intention de lui donner une procuration générale à ce sujet. *Je trouvai M. D... très affaibli et ne pouvant plus répondre que par monosyllabes.* Je crus bien m'apercevoir que sa volonté était de donner un mandat à sa femme, mais je n'en fus pas assez certain et je me retirai. »

Pour quiconque a quelque notion de ce qu'est la paralysie générale, il est absolument impossible qu'un individu qui se trouve *très bien* à un moment donné, et chez lequel il n'existe encore aucune trace apparente de démence, soit, *quelques mois plus tard*, *très affaibli et ne pouvant plus répondre que par monosyllabes*, c'est-à-dire déjà à une période très avancée de la paralysie générale. Avant d'en arriver là, il faut de toute nécessité qu'il ait passé par les étapes antérieures de la maladie, étapes plus ou moins longues, mais qui couvrent, en général, un espace de plusieurs années. Le témoignage du notaire qui a reçu la donation du 28 septembre 1880, en montrant que quelques mois plus tard, D... se trouvait dans un état qui correspond à une période très avancée de la paralysie générale, établit donc, par ce fait même, que cette maladie existait déjà, sans aucun doute, à l'époque des donations antérieures.

Il est plus que probable également que ces donations, si elles étaient écrites de la main de D..., porteraient, comme ses lettres, des traces manifestes de démence. Du moins, la signature existe, et il n'y a qu'à comparer cette signature, surtout celle de la dernière donation, avec celles qui correspondent à la vie normale de D..., pour y voir un indice certain de l'existence et de la persistance de la démence paralytique à ce moment.

Enfin, et c'est là un argument décisif, celles des lettres de D... existant au dossier qui se rapprochent de l'époque du mariage et des donations, notamment celles des 7 juillet, 10 juillet, 22 juillet, 30 août 1879, 4 juin, 19 juin, 6 juillet, 2 août, 6 août et 14 août 1880, trahissent de la façon la plus caractéristique son état de démence paralytique.

Pas n'est besoin de les analyser en détail et d'en faire ressortir les altérations tant psychiques que matérielles; il suffit de les parcourir pour être convaincu.

Il n'est pas superflu, cependant, de dire un mot au sujet de la plus importante de toutes, de celle du 30 août 1879, écrite, par conséquent, par D... vingt-quatre jours après son mariage, et adressée par lui à sa tante B... Voici cette lettre :

Bordeaux, le 30 août 1879.

Ma chère Tante,

J'ai oublié mon sirop, fais le mettre dans une caisse que le menuisier qui fit le cerceuil de l'oncle Boileau celle-ci en mettant un peu de paille en desseus et en dessous par côté et sur les côtés ce flacon viendra s'en se casser.

Je t'attends toujours pour la noce qui se fera Lundi prochain.

Adieu chère tante

Ton neveu dévoué.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur la profondeur de la démence que trahit cette lettre; mais ce qu'il y a de plus particulièrement frappant dans cet écrit, c'est que D... y invite sa tante à sa noce pour le lundi suivant, *oubliant ainsi qu'il est marié vingt-quatre jours après l'avoir fait.* C'est là, on en conviendra, le comble de la démence, et cette phrase suffirait à elle seule à démontrer que non seulement D... n'a pu donner son libre consentement à son mariage, mais encore qu'en se mariant il n'avait même pas eu conscience au point de vue purement matériel, de la réalité de l'acte qu'il accomplissait.

On a pu et on pourrait objecter que D... s'est simplement trompé de date, et que cette lettre a été écrite par lui non le 30 août, mais le 30 juillet 1879, ce qui la rendrait, dès lors, non plus postérieure de vingt-quatre jours, mais antérieure de sept jours à son mariage. Or, bien que ce ne soit véritablement là qu'une hypothèse subtile, et que pareille erreur de date soit à peu près inadmissible, la preuve de l'inconscience de D..., si on l'admettait, n'en ressortirait pas moins avec évidence. En effet, le 30 juillet de l'année 1879 a été un mercredi, et le lundi suivant, par conséquent, était le 4 août. Il en résulterait donc que D..., sept jours avant son mariage, invitait sa tante pour le 4 août et non pour le 6 août, jour où il devait avoir lieu.

Ainsi tombe toute hypothèse de ce genre, et ainsi se trouve nettement confirmé par cette lettre l'état de démence de Ferdinand D..., au moment de son mariage.

Cette altération si importante et si significative des lettres de D... à cette époque n'avait du reste pas échappé aux juges de la Cour, dont l'arrêt si lumineux, en concluant à l'autorisation de l'enquête, s'exprime, à cet égard, de la façon suivante :

« Attendu que les documents versés aux débats, et notamment les lettres écrites par D..., savoir : le 27 juin 1879, à sa cousine Herminie ; les 7 juillet et 30 août 1879, à sa tante ; le 4 juin 1880, à son frère ; le 14 août 1880, à sa tante, indiquent qu'aux époques correspondantes aux deux donations attaquées, la maladie avait déjà produit les désordres les plus graves dans la santé et dans l'intelligence dudit Ferdinand D... »

L'affirmation, comme on le voit, est très nette et se passe de tout commentaire.

Conclusions. — En résumé, l'étude médico-légale à laquelle nous venons de nous livrer permet d'affirmer d'une façon certaine :

1° *Que Ferdinand D... est mort en état de démence ;*

2° *Que cet état de démence a été antérieur à son mariage, et par conséquent, à l'époque des donations incriminées ;*

3° *Que cet état de démence n'a pas présenté d'intervalles lucides, et que ce n'est pas, par conséquent, dans un moment de retour à la raison que les donations ont pu être faites.*

Par arrêté de la Cour d'appel de Bordeaux, en date du 27 juillet 1885, les donations faites par Ferdinand D... en faveur de sa femme ont été annulées.

Quant au mariage, les collatéraux en poursuivent également la nullité, et la question est actuellement soumise à la Cour de Cassation.

NOUVELLES

Société Médico-Psychologique (année 1886.) — *Prix Aubanel.* — Qustion proposée : « De la coexistence, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique) au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale. » Valeur 2.400 francs.

Prix Belhomme — A décerner au meilleur manuscrit sur « l'idiotie » et de préférence « sur les lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie ». — Valeur 1200 fr.

Prix Esquirol. — Valeur 200 fr. plus les œuvres d'Esquirol;

au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Valeur 200 fr. au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé ou à la meilleur thèse inaugurale publiée en 1885 sur une question de pathologie mentale ou nerveuse.

Les mémoires manuscrits ou imprimés doivent être adressés dans les formes académiques, avant le 31 décembre 1885 à M. Ritti médecin de la maison de Charenton.

CONCOURS POUR LA NOMINATION A CINQ PLACES VACANTES D'INTERNE TITULAIRE DANS LES ASILES DE LA SEINE. — Le lundi 30 novembre 1885, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Saint-Anne, un concours pour la nomination à cinq places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la Préfecture de police).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du Personnel), depuis le jeudi 29 octobre jusqu'au samedi 14 novembre 1885, inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir.

Pourront concourir à l'internat en médecine, dans les asiles de Sainte-Anne, Ville-Evrard, Vaucluse et Villejuif et le Dépôt des aliénés près la Préfecture de police, tous les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions et âgés de moins de trente ans révolus, le jour de l'ouverture du concours.

Chaque candidat, pour être inscrit au concours, doit produire les pièces ci-après :

1° Un acte de naissance ;

2° Un extrait du casier judiciaire ;

3° Un certificat de vacine ;

4° Un certificat constatant qu'il est prouvu de douze inscriptions en médecine ;

5° Un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de sa commune ou le commissaire de police de son quartier.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes, ou qui ne serait pas accompagnée de toutes les pièces ci-dessus désignées, ne sera pas accueillie.

Les épreuves du concours aux places d'interne en médecine sont réglées comme il suit :

Épreuve d'admissibilité. — 1° Une épreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux.

Cette épreuve pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Épreuve définitive. — 2° Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation.

Le maximum des points à accorder pour chacune de ces ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour l'épreuve écrite, 30 points.

Pour l'épreuve orale, 20 points.

Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats.

Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le jury.

Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de chaque séance.

L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de le faire subir à tous dans la même séance.

Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance.

Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale).

Les premiers reçus au concours sont nommés internes titulaires (1).

La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans.

Les internes titulaires des asiles de la Seine reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, dans

(1) Il sera nommé, à la suite du concours et dans l'ordre de mérite, cinq internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement. — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er janvier 1886. — Les internes provisoires pourront se présenter aux concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée.

L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel fixe de huit cents francs à l'asile de Sainte-Anne et de mille cent francs aux asiles de Ville-Evrard, de Vaucluse et de Villejuif.

Ceux du Dépôt des aliénés près la Préfecture de police recevront un traitement de mille francs. Ils auront droit, en outre, au logement, au chauffage et à l'éclairage, dans les proportions fixées par la Préfecture de police. Ils n'auront pas droit à la nourriture.

La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen, le 1er janvier seulement de chaque année. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes des asiles d'aliénés du département de la Seine un séjour d'au moins une année sur trois dans un des services de l'asile Sainte-Anne, situé dans l'enceinte de Paris, ou de Villejuif, situé à proximité de l'enceinte.

Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service. Tout interne titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination.

Concours pour la nomination a cinq places vacantes d'interne titulaire en médecine dans les asiles de la Seine. — Le lundi 7 décembre 1885, à une heure précise, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, un concours pour la nomination à deux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes dans les asiles du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard et Vaucluse).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, bureau du Personnel, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 5 au samedi 21 novembre 1885 inclusivement.

Pharmaciens des asiles d'aliénés de la Seine. — Le traitement des pharmaciens en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine est fixé ainsi qu'il suit :

Sainte-Anne : 3e classe, 5,000 francs ; 2e classe, 5,500 francs ; 1re classe, 6,000 francs.

Villejuif, Ville-Évrard, Vaucluse ; 3e classe, 4,000 francs ; 2e classe, 4,500 francs ; 1re classe, 5,000 francs.

Le passage d'une classe inférieure à une classe supérieure ne pourra avoir lieu que par périodes de cinq cents francs

(500 fr.), et qu'après trois ans au moins d'exercice dans la classe immédiatement inférieure.

Chirurgiens des asiles d'aliénés de la seine. M. Picqué, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, est nommé chirurgien adjoint des asiles d'aliénés de la Seine (emploi créé). Le nouveau titulaire touchera un traitement fixe de 300 francs par Asile, soit 1200 francs et une indemnité de déplacement de 200 fr. pour chacun des Asiles situés hors barrières savoir : Ville-juif, Ville-Évrard et Vaucluse.

Nominations et promotions. — M. le docteur Rey, médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Ville-Évrard, est promu à la classe exceptionnelle du cadre, à partir du 1er août 1885.

M. le docteur Camuset, médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Vaucluse, est promu à la classe exceptionnelle du cadre, à partir du 1er août 1885.

M. le Dr Ramadier est nommé médecin adjoint de l'asile de Lafond (2e classe 2.500 fr.), en remplacement de M. le Dr Gauthier de Beauvallon, mis en disponibilité.

Sont promus à la 2e classe de leur grade (6,000 fr.) MM. les Drs Cullere directeur médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée) et Langlois médecin en chef de la section des hommes de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle.)

A la 3e classe (5.000 fr.) MM. les Drs Germain Cortyl, directeur médecin de l'asile d'Alençon, et Boubila médecin en chef de la section de femmes de l'asile de Marseille.

A la classe exceptionnelle de leur grade (4.000 fr.) MM. les Drs Caillau et Pagès médecins adjoints des asiles de Braqueville (Haute-Garonne) et La Roche-Gandon (Mayenne.)

Notre collaborateur, M. le docteur Régis se propose de publier dans le prochain numéro de l'*Encéphale* un mémoire ayant pour titre : *Note sur les obsessions anxieuses ou émotives* (délire *émotif de Morel*).

Ce travail présenté au Congrès psychiatrique d'Anvers a suscité certaines observations critiques auxquelles notre collaborateur se propose de répondre.

NÉCROLOGIE

Le Dr Lunier (Lusager-Jules-Joseph) est décédé le 5 septembre dernier. Il a succombé en quelques jours à une pneumonie contractée au retour d'une partie de chasse. Né à Savigny (Indre-et-Loire le 19 mars 1822, interne des hopitaux en 1844, reçu docteur en 1849, Lunier, s'adonna à l'étude des maladies mentales. Successivement médecin en chef de l'asile des aliénés de Niort (de 1851 à 1854) médecin directeur de l'asile de Blois (de 1854 à 1864) il fut nommé en 1864 inspecteur-général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons. Dans ces hautes fonctions il appliqua l'expérience qu'il avait acquise dans l'observation des malades aux grandes questions que soulève l'assistance des aliénés. Plusieurs des asiles départementaux créés pendant qu'il était inspecteur, ont été construits en grande partie sous sa direction. Dépossédé brusquement de sa place d'inspecteur pour des raisons auxquelles la politique n'était peut-être pas étrangère il obtint presque aussitôt une compensation méritée dans la place d'inspecteur-général des enfants en bas âge. En même temps (mai 1883) l'académie de médecine lui ouvrit ses portes : c'était l'honneur qu'il ambitionnait le plus.

Lunier était rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*.

Parmi ses nombreux écrits, nous citerons : *Recherches sur la paralysie générale* (thèse de doctorat 1849). — *Recherches sur quelques déformations du crâne observées dans les Deux-Sèvres* (*1852*). — *Comptes moraux et administratifs de l'Asile des aliénés de Blois* (*1862-63*). — *Études sur les maladies mentales et les Asiles d'aliénés* (*1868*). — *Des placements volontaires dans les Asiles d'Aliénés* (*1868*). — *De l'isolement des aliénés* (*1871*). — *Du rôle que jouent les boissons alcooliques dans la folie et le suicide* (*1872*). — *De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales* (*1874*). — M. Lunier avait donné au *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* les articles *Crétinisme* et *Folie* (statistique, législation et assistance), etc.

Lunier était officier de la Légion d'honneur (1871).

Lunier était doué de facultés brillantes, ses qualités dominantes étaient l'aménité et la bonté, il possédait en outre une activité infatigable. Sa mort a été une perte d'autant plus grande qu'elle était plus inattendue. Aussi les honneurs n'ont pas manqué à ses funérailles, de nombreux discours ont été prononcés sur sa tombe :

Par M. Vellin au nom de l'Académie de médecine, par M. Foville au nom du service des aliénés et de l'association générale des médecins de France, par M. Motet au nom de la Société de tempérance, par M. Ritti au nom de la Société médico-psychologique, par M. Cheysson au nom de la Société de Statistique enfin pa M. Dureau au nom de la Société d'Anthropologie.

Lunier était le neveu du vénéré doyen de la médecine mentale M. Baillanger et l'oncle du Dr Doutrebente, médecin directeur de l'asile des aliénés de Blois. Nous leur adressons à eux ainsi qu'à toute la famille de M. Lunier l'expression de notre respectueuse sympathie.

C. V.

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer. — Oct. 1885.

L'ENCÉPHALE

JOURNAL

DES

MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

NOUVELLES RECHERCHES D'ANATOMIE COMPARÉE

SUR LES

RAPPORTS DES ÉLÉMENTS CÉRÉBRAUX ET DES ÉLÉMENTS SPINAUX

AU POINT DE VUE DE LA STRUCTURE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Par J. LUYS

(Avec planche lithographiée)

J'ai publié l'an dernier dans ce journal, le résultat de mes nouvelles recherches sur l'agencement des fibres blanches cérébrales (1) et montré qu'à l'aide de procédés spéciaux de section de la substance nerveuse on pouvait arriver assez facilement à isoler les différents groupes de fibres nerveuses et à les suivre dans une partie de leur trajet.

J'ai non seulement confirmé ce que précédemment j'avais signalé depuis longtemps, au sujet de la division des fibres blanches, en fibres commissurantes, convergentes, cortico-striées, etc., — mais encore, j'ai surtout insisté sur ce fait nouveau en anatomie cérébrale, l'existence d'une catégorie spéciale de fibres blanches que j'ai appelées *contingents sous-optique*, lesquelles en passant sous les couches optiques continuaient leur trajet descendant et allaient se perdre

(1) *L'Encéphale*, 1884, p. 514

dans les différents départements de l'axe central (la protubérance, le bulbe), en mettant ainsi ces différentes régions grises étagées les unes au-dessus des autres, en relations directes avec les différents territoires de l'écorce.

J'ai montré ainsi implicitement que toutes les fibres blanches cérébrales ne s'amortissaient pas exclusivement dans les noyaux centraux opto-striés, et qu'il fallait compter avec une portion notable d'entre elles allant directement s'amortir dans les régions sous-jacentes de la protubérance et du bulbe.

Il résulte donc de ces rapports généraux que les fibres de la moelle et celles du cerveau allant ainsi à la rencontre doivent se rencontrer dans les régions centrales, les régions protubérantielles et bulbaires qu'on peut appeler les *régions fondamentales* du système nerveux et que c'est là qu'elles entrent en conflit.

Cette conception nouvelle de l'ordonnancement des fibres du système nerveux central engendre naturellement dans l'esprit des problèmes nouveaux au sujet de ces mêmes dispositions dans le domaine de l'anatomie comparée.

On comprend en effet, que, si les régions protubérantielles et bulbaires, sont le point de convergence des fibres venues de la moelle et de celles venues du cerveau, ces mêmes régions centrales, telles que les pédoncules cérébraux, l'isthme de l'encéphale, doivent présenter des modifications de structure variées, suivant que ce seront soit les éléments spinaux, soit les éléments purement cérébraux, comme chez l'homme, qui seront le plus abondamment repartis. — Chez les vertébrés à grosse moelle et à petit cerveau relatif, les coupes de l'isthme de l'encéphale, ne devront donc pas donner à leur surface les mêmes aspects que chez l'homme qui présente les plus grandes masses de substance cérébrale par rapport au volume relativement minime de sa moelle.

Ce sont précisément ces problèmes d'anatomie comparée dont je ne fais qu'exposer actuellement les données principales, qui font l'objet de la présente communication, me proposant d'en poursuivre le développement par des recherches ultérieures.

Chez les grands mammifères en effet, dont les lobes cérébraux sont relativement petits, eu égard à leur taille, cette loi de proportionnalité se vérifie d'une façon très nette.

Chez eux, le contingent des fibres cérébrales descendantes est rare, et en rapport avec le peu d'étendue des territoires d'origine corticale d'où il dérive.

Que l'on compare, en effet, une coupe verticale d'un cerveau humain avec une coupe similaire d'un cerveau de cheval, prise dans les mêmes régions et l'on verra une dissemblance très notable.

Chez l'homme, la hauteur verticale du cerveau depuis les régions inférieures de l'écorce jusqu'aux régions culminantes s'élève à 98 millimètres en moyenne. — Chez le cheval (fig. 10), elle s'élève à 54 mill. Le diamètre transversal s'élève chez l'homme à 63 millimètres, et chez le cheval à 42 mill. seulement. — La surface de la coupe est donc approximativement représentée chez l'homme par 6.174 et chez le cheval par 2.268

Eh bien, que résulte-t-il de cette inégalité de masses de lobes cérébraux dans ces deux cas ? — C'est que les fibres descendantes à origine intra-corticale sont diminuées comme masse, dans le même rapport, ainsi que l'on peut s'en assurer par l'inspection des régions inférieures des pédoncules cérébraux (fig. 1 et 2). — Dans la figure 1 qui représente la coupe supérieure de l'isthme de l'encéphale humain, la section des régions inférieures des pédoncules représente une surface de 10 millimètres d'épaisseur, et chez le cheval, les mêmes

régions prises dans les points correspondants présentent une section d'environ 3 mil. d'épaisseur. — Preuve bien évidente des rapports intimes que cette région spéciale de l'isthme affecte avec les différents territoires de l'écorce!

Bien plus, il existe des masses grises intra-bulbaires dont la signification anatomique mal fixée jusqu'ici, se trouve éclairée d'un jour nouveau par l'étude de ces détails d'anatomie comparée. Ce sont les corps olivaires du bulbe.

Chez l'homme ces masses gangliformes présentent des plis et des replis abondants; sur des coupes transversales du bulbe, ils occupent une surface relativement considérable (fig. 5 et 7).

Voyez les mêmes régions du mésocéphale du cheval, c'est à peine s'il existe une certaine saillie (fig. 6 et 8). — Chez le bœuf (fig. 9) et le veau, ces régions anatomiques sont à peine représentées par quelques dépôts ondulés de substance grise. — La comparaison de ces deux agglomérations de centres gris chez l'homme et les animaux supérieurs à petit cerveau, montre d'une façon bien nette qu'entre elles et la masse de l'écorce, il y a des liens mystérieux qui les rattachent l'une à l'autre.

Le même raisonnement s'applique aux régions moyennes de la protubérance. La figure 3 représente une coupe de la protubérance humaine au niveau des points d'implantation des trijumeaux.

La fig. 4 représente une coupe de la protubérance du cheval à la même hauteur. Les différences portent surtout sur le diamètre antéro-postérieur. Chez l'homme ce diamètre est de 24 mill., chez le cheval il est de 15 mill. seulement. Preuve évidente que cette région renferme un contingent de fibres descendantes d'origine corticale plus abondant et que ces fibres sont groupées dans les régions antérieures des faisceaux pyramidaux.

Dans les régions inférieures de la protubérance, là où commencent les différents départements de la région bulbaire, les rapports de texture se modifient d'une façon concordante. C'est ainsi que tandis que les éléments d'origine cérébrale vont en s'atténuant progressivement, les éléments ascendants d'origine spinale vont au contraire en augmentant de masse, si bien que ces mêmes régions sont relativement bien plus développées que chez l'homme.

Chez l'homme, en effet (fig. 5 et 7), les régions bulbaires qui correspondent à l'implantation des nerfs acoustiques présentent suivant le diamètre antéro-postérieur 14 mill. et 12 mill. et 25 mill. et 19 suivant le sens transversal maximum, ce qui fait une surface de 3,50 et 2,28, — tandis que chez le cheval (fig. 6 et 8), la surface de section dans les points analogues offre suivant le diamètre antéro-postérieur 14 mill., et suivant le diamètre transversal maximum 37 et 33 mil. et 14 mil., ce qui fait en surface 5,18 et 4,62. — Ces changements de rapports entre la surface de section des coupes de mésocéphale implique donc des modifications intimes survenues dans la proportion des conducteurs nerveux afférents.

Dans l'espèce humaine, là où les éléments de l'écorce sont abondants, la section des pédoncules cérébraux est relativement large. Dans les espèces animales chez lesquelles la masse corticale est réduite, les mêmes régions subissent un retrait proportionnel (fig. 1 et 2). Et inversement chez les grands animaux dont la moelle épinière présente une grande surface de section, plus grande que chez l'homme, ce sont les régions bulbaires qui subissent un élargissement proportionnel, principalement vers les régions latérales, le diamètre antéro-postérieur présentant relativement peu de différences (fig. 4, 6, 8), ce qui implique l'idée que cet élargissement

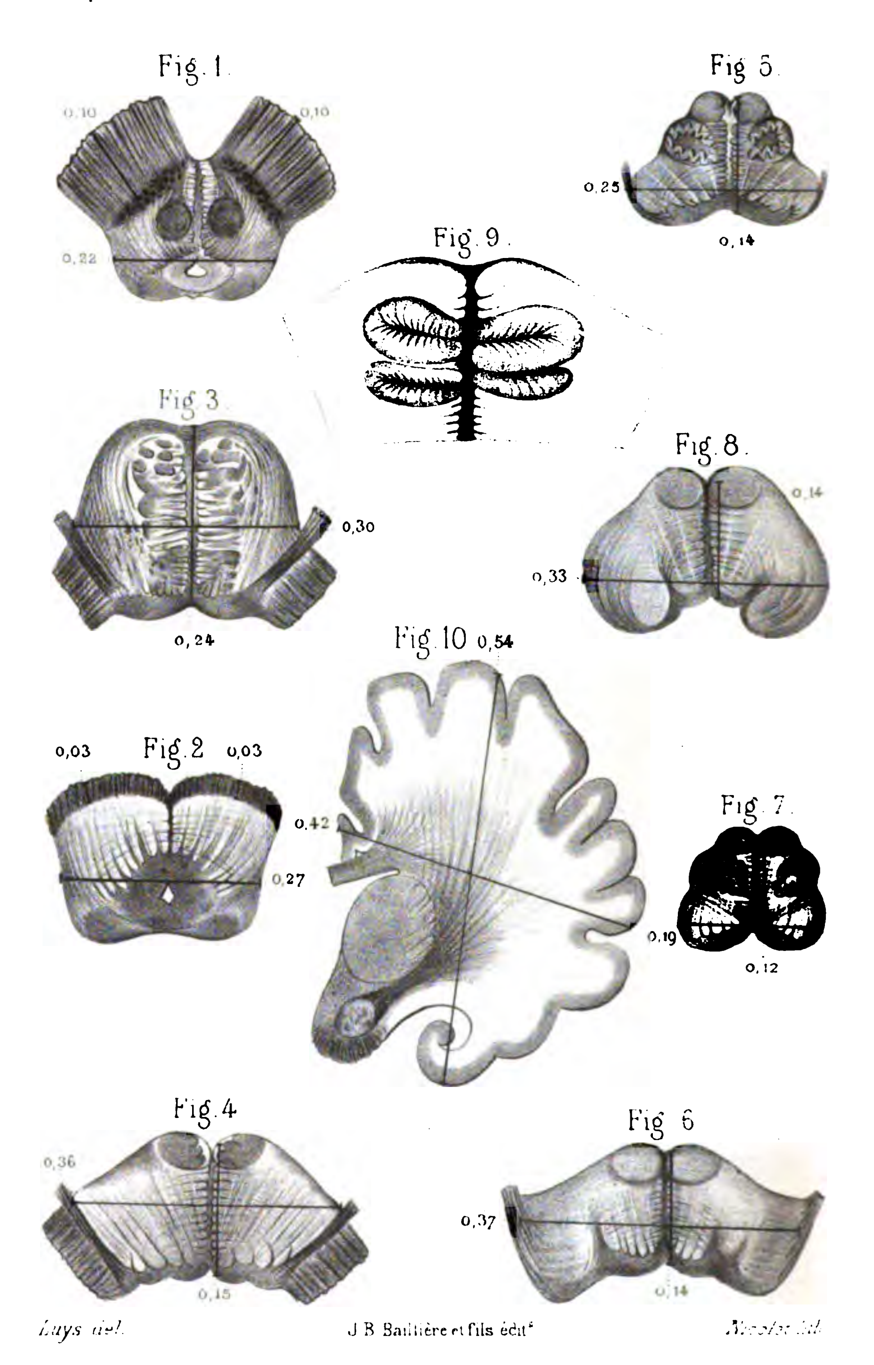
est dû à la présence de la masse des éléments spinaux ascendants qui viennent se perdre dans ces régions.

De là, les différences des coupes du mésocéphale chez les mammifères dans lesquels c'est ou bien le contingent cérébral, ou bien le contingent spinal qui vient prédominer.

On peut donc dire en résumé que, contrairement aux opinions généralement acceptées, relativement à l'ordonnance des fibres nerveuses dans les centres nerveux, ce n'est pas la moelle avec tous ses éléments multiples qui remonte dans le cerveau pour s'y amortir, mais bien le cerveau, qui s'étend et s'allonge par ses fibres descendantes vers les mêmes régions du mésocéphale, lesquelles leur servent de points d'amortissement. — Et en somme, on arrive à cette formule anatomique : c'est dans ces régions de la base de l'encéphale (les régions protubérantielles et bulbaires) que se trouve le point de confluence, d'une part, des fibres descendantes d'origine corticale et d'autre part, des fibres ascendantes d'origine spinale irradiées des différents plexus sensitifs. C'est là que ces dernières viennent en grande partie s'amortir et entrer en conflit avec les fibres descendantes de l'écorce, sans remonter en totalité plus haut.

Nous nous réservons de poursuivre ces recherches avec plus de précision et de montrer quel profit on peut tirer de ces vues nouvelles, soit pour la compréhension d'ensemble de l'ordonnancement du s'ystème nerveux dans la série des vertébrés, soit pour l'interprétation des phénomènes si variés de la physiologie normale et de l'anatomie pathologique du système nerveux central.

Fig. 1. — Coupe horizontale de l'isthme de l'encéphale humain au niveau du bord supérieur de la protubérance. — On y voit que la section des pédoncules cérébraux (*étage inférieur*) faite horizontalement présente une surface de 10 mill. d'épaisseur.



Luys del. J. B. Baillière et fils édit.

Anatomie comparée des régions supérieures du Système nerveux.

Fig. 2. — Coupe horizontale de l'isthme de l'encéphale du cheval au niveau du bord supérieur de la protubérance. — On y voit que la section des pédoncules cérébraux *(étage inférieur)* présente une surface de 3 mill. seulement d'épaisseur. Comparer les mêmes régions avec la figure précédente.

Fig. 3. — Section de la protubérance chez l'homme au niveau des nerfs trijumeaux. — Le diamètre antero-postérieur continue à prédominer. — Il est de 24 mill. — Il est chez le cheval de 15 mill. seulement dans la même région. — (*Fig. 4.*)

Fig. 4. — Section du mésocéphale du cheval au niveau des nerfs trijumeaux. — Comparer avec la figure précédente. — Le diamètre antero-postérieur est moindre que chez l'homme. — Il s'élève à 15 mill. — Par contre le diamètre transversal gagne. Il est ici de 36 mill. et chez l'homme il ne mesure que 30 mill.

Fig. 5. — Section de l'axe spinal au-dessous du bord inférieur de la protubérance chez l'homme. — On y voit l'importance que prennent comme masse les corps olivaires sur la surface de section.

Fig. 6. — Section de l'axe spinal du cheval au niveau des mêmes régions que la figure précédente. — Les corps olivaires ne font pas de saillie.

Fig. 7. — Section transversale de la région bulbaire chez l'homme. — La surface des corps olivaires continue à occuper une large surface.

Fig. 8. — Section transversale de la région similaire chez le cheval. Les diamètres transverses et antero-postérieur augmentent. On note l'absence de saillie correspondant aux corps olivaires.

Fig. 9. — Apparence des corps olivaires du bœuf, — dessinés à un faible grossissement.

Fig. 10. — Coupe verticale de l'hémisphère cérébral droit d'un cheval au niveau de la partie moyenne de la couche optique. — Le diamètre vertical s'élève à 54 mill., le transversal à 42 mill. — Chez l'homme, dans les mêmes conditions de coupe, le diamètre vertical s'élève à 98 mill., le transversal à 63 mill.

DEUX OBSERVATIONS

DE PARALYSIE AGITANTE

ACCOMPAGNÉE DE TROUBLES INTELLECTUELS

Par M. G.-H. ROGER
Interne des Hôpitaux

L'existence de troubles intellectuels chez les malades atteints de paralysie agitante était généralement niée avant la communication que fit au Congrès de Londres M. le professeur Ball. Les quelques auteurs qui, avant cette époque, avaient noté des troubles mentaux dans la maladie de Parkinson y avaient vu des simples phénomènes surajoutés, ne dépendant nullement de la maladie principale. Tout autre fut la façon de voir de notre savant maître. Pour lui, ces troubles constituaient un symptôme, et un symptôme assez fréquent de la maladie. Cette opinion semble confirmée par les observations publiées depuis. Qu'il nous suffise de citer celles de Huzzard, de Ringrose Atkins, de Parant, etc. A tous ces faits nous pouvons en ajouter deux nouveaux que nous avons recueillis à l'hôpital Laënnec.

Observation I. — G..... Pauline, âgée de 57 ans, relieuse, entrée à l'hôpital Laënnec, salle Piorry, lit n° 7, dans le service de M. le professeur Ball, le 9 février 1885.

Cette femme est atteinte, depuis un mois, d'un tremblement très intense semblant localisé aux membres inférieurs. Déjà à plusieurs reprises, elle a présenté divers troubles nerveux fort importants. A 22 ans, à la suite d'une émotion, elle a été prise de tremblement dans les membres inférieurs. Ce phénomène fut passager et, en quelques heures, la malade était remise. Mais, à partir de cette époque, elle devint très impressionnable. Elle s'inquiétait sans motif, pleurait souvent sans savoir pourquoi.

En 1860, elle avait alors 32 ans, elle perdit un oncle chez qui elle habitait. Elle resta seule, et la solitude semble avoir exercé sur elle une influence très funeste ; son caractère devint triste, mélancolique ; elle redoutait constamment d'être chassée de

l'atelier où elle travaillait; elle avait peur de rester sans place, de mourir de faim.

En 1872, elle prêta à des amis toutes les économies qu'elle avait faites. Quelque temps après, elle alla réclamer son argent, on refusa de le lui rendre et on la renvoya brutalement. Rentrée chez elle, elle fut prise de phénomènes nerveux très intenses. Un médecin pensa, paraît-il, à une congestion cérébrale, et lui fit appliquer des sangsues aux apophyses mastoïdes. Malgré cela, les idées devinrent de plus en plus délirantes, et on dut envoyer la malade à la Salpêtrière. Elle fut placée dans le service de Moreau de Tours, qui reconnut qu'elle était atteinte de mélancolie. Elle était alors extrêmement agitée, avait besoin de marcher sans cesse, de se déplacer : en même temps, elle présentait un tremblement très intense occupant les membres et épargnant la tête. Ce n'est que deux ans plus tard, qu'elle put quitter la Salpêtrière; elle était complètement guérie, le tremblement avait cessé.

Elle reprit son travail, mais elle se trouva seule de nouveau, et de nouveau l'ennui recommença. Puis peu à peu le tremblement reparut dans les membres inférieurs, il s'étendit ensuite aux membres supérieurs et empêcha la malade de continuer son travail. Elle entra alors, en 1876, dans le service de M. Desnos. Quelques mois après, elle sortait, se croyant guérie. Elle resta trois ans assez calme. Au bout de ce temps, en 1879, brusquement, à la suite d'une contrariété, le tremblement reparut. Elle entra alors à la Pitié, dans le service de Lasègue; les phénomènes se calmèrent assez vite et bientôt elle put quitter l'hôpital: le tremblement avait cessé, mais il était en quelque sorte latent; il reparaissait dès que la malade avait une émotion ou une frayeur; elle essaya de travailler de nouveau, mais, à chaque instant, elle devait cesser son ouvrage. Aussi la voyons-nous passer successivement dans plusieurs services hospitaliers, à la Charité, à la Pitié, à Necker, etc. Enfin, il y a 18 mois, elle fut admise à Sainte-Anne, dans le service de M. le professeur Ball. Elle y resta un an. Au bout de ce temps, elle était améliorée; elle quitta l'asile et trouva à se placer comme garde-malade. Six mois s'écoulèrent sans trouble notable; mais alors elle se trouva encore sans place, elle retomba aussitôt malade et dut entrer à l'hôpital Laënnec.

Examen le jour de l'entrée. — Les membres supérieurs paraissent sains ; la malade écrit facilement : les caractères semblent d'abord normaux; mais, en regardant plus attentivement et surtout en employant la loupe, on reconnaît que les lignes sont tremblotantes et festonnées sur leurs bords.

Ce sont surtout les membres inférieurs qui sont atteints. Déjà

quand la malade est couchée, il existe un léger tremblement qui s'exagère à la moindre émotion; il suffit d'examiner quelques instants la malade pour voir le phénomène augmenter progressivement. Si on la fait asseoir, les jambes pendantes, on se rend parfaitement compte des caractères de ce tremblement; les mouvements oscillatoires sont extrêmement rapides et peu étendus. Si la malade est assise sur une chaise, les pieds touchant le sol, on remarque un mouvement analogue à celui qui sert à faire marcher une pédale; par moments, les mouvements sont assez intenses pour faire remuer la chaise. Debout, la malade se tient raide, le corps penché en avant, elle marche à petits pas pressés, et de plus en plus vite; il n'y a pas pourtant de propulsion, il y a seulement une certaine hésitation, quand on lui dit de s'arrêter tout à coup; il semble que la malade marche plus facilement en arrière qu'en avant.

Les réflexes tendineux sont légèrement exagérés.

Il n'y a pas de troubles sensoriels, pas de troubles sensitifs, sauf une pénible sensation de chaleur, augmentant la nuit et contribuant beaucoup à troubler le sommeil, de temps en temps le phénomène s'exagère, il survient des bouffées de chaleur fort désagréables; à ce moment, dit la malade, le tremblement augmente et les idées deviennent plus tristes.

Nous avons déjà, chemin faisant, indiqué les divers troubles cérébraux qu'à présentés cette femme. Ce qui domine actuellement, c'est la crainte incessante de quelque malheur, la préoccupation de l'avenir, la peur de se trouver sans ressources et de mourir de faim; elle craint de rester malade, de ne pas guérir; aussi, en racontant son histoire, est-elle plusieurs fois forcée de s'arrêter et de fondre en larmes.

Le diagnostic de paralysie agitante semblait donc assez net. Comme traitement M. Ball prescrivit des douches et 4 milligrammes d'hyoscyamine.

Les phénomènes morbides s'améliorèrent, quoique assez lentement; la malade semblait aller mieux, lorsque le 16 mars, sans cause appréciable, survint une nouvelle poussée aiguë. Nous trouvons la malade dans un état d'agitation extrême; il lui est impossible de rester tranquille un seul instant. En vain lui dit on de s'asseoir, dès qu'elle est assise, elle se relève brusquement, s'agite, avance de quelques pas, revient à sa première place, saisit les objets qui sont à sa porté, les soulève et les déplace. Si on lui demande de ne toucher à rien, on la voit agiter les bras, frotter ses mains, les porter à sa figure. Si on l'abandonne à elle-même, elle se met à marcher dans la salle, fait quelques pas en avant, s'arrête, revient à son point de départ, puis s'éloigne rapidement dans une autre direction.

Cet état se prolonge pendant une dizaine de jours. Pendant

tout ce temps, les nuits sont agitées, presque complètement privées de sommeil, les idées de plus en plus tristes, les pleurs extrêmement faciles.

M. Ball prescrivit alors des piqûres de morphine. Sous l'influence de ce traitement, l'agitation se calma très vite. Dès le 29, la malade était revenue au même état qu'avant l'apparition de ces phénomènes aigus.

A la suite de cette crise, la malade resta longtemps assez calme; peu à peu le tremblement diminua et, à la fin du mois d'avril, l'affection était très améliorée. Mais voilà que le 26 mai, sans cause appréciable, notre malade est reprise de nouveaux accidents; la nuit précédente, elle n'a pu dormir et le matin nous la trouvons dans un état d'agitation extrême; elle se remue, pleure, se désespère; sa face est congestionnée; le tremblement est très intense. Mais cette fois-ci encore, les troubles furent passagers et la malade se remit promptement.

Depuis cette époque, nous notons deux crises absolument semblables: l'une dans les premiers jours de juillet, l'autre à la fin du mois d'août. Mais les crises étaient beaucoup moins intenses et leur durée beaucoup plus courte. L'amélioration faisait donc de réels progrès, et, à la fin de septembre, la malade put, sur sa demande, quitter le service. Au moment de son départ, le tremblement était peu intense et les troubles intellectuels, qui avaient constamment suivi la même marche que les troubles moteurs, avaient presquo complètement disparu.

Observation II. — L..... Louise, âgée de 42 ans, institutrice, entrée à l'hôpital Laënnec, salle Piorry, lit nº 8, le 4 février 1885.

La mère de cette malade est morte d'apoplexie à l'âge de 88 ans, elle était d'ailleurs d'un caractère très calme. Son père était rhumatisant, il fut atteint d'une hémiplégie droite; il mourut de pneumonie.

Dès son enfance, la malade était très nerveuse, les nuits étaient agitées par des cauchemars terrifiants. A 17 ans, elle eut plusieurs attaques avec perte incomplète de connaissance.

Il y a cinq ans, cette femme acheta un fonds de commerce; elle fit de mauvaises affaires, elle dut travailler d'une façon excessive et subir de nombreuses privations. C'est alors qu'elle se maria; elle épousa un homme alcoolique, emporté et violent, qui la rendit très malheureuse. Bientôt, elle devint enceinte. Pendant sa grossesse, elle éprouva des douleurs dans les membres, et de temps en temps des crampes très pénibles. Au moment de l'accouchement on dut employer le forceps. C'est à partir de ce moment qu'apparut le tremblement, d'abord localisé au membre inférieur droit.

Peu à peu le tremblememt s'est étendu, il a envahi le membre

supérieur; puis, mais à un faible degré, les deux membres du côté gauche.

Aujourd'hui, on est en présence d'un cas de paralysie agitante absolument classique. La malade se tient un peu courbée, le haut du corps porté en avant, les muscles sont fortement contractés, les avant-bras appliqués contre la ceinture, les doigts agités d'un mouvement extrêmement rapide, cessant presque complètement au repos, augmentant par la fatigue et l'émotion.

La malade marche en trottinant; il n'y a ni propulsion, ni rétropulsion.

Les réflexes sont normaux.

Pas de troubles sensitifs, ni sensoriels.

Mais il existe des phénomènes vaso-moteurs très remarquables. Dès que la malade se déshabille, on voit apparaître sur diverses parties de son corps, particulièrement au niveau des mains et surtout de la poitrine, de larges plaques érythémateuses; elles se produisent même lorsque la malade est seule, par exemple lorsqu'elle se déshabille pour prendre un bain.

La figure n'a aucune expression: tandis que la malade dit se tourmenter beaucoup de son état, ses traits restent absolument impassibles; il y a une immobilité absolue de la face, il semble y avoir une immobilité semblable du cerveau. Les facultés intellectuelles sont complètement engourdies. Autrefois cette femme était laborieuse et active, aujourd'hui, elle est incapable de tout travail. Peu à peu, elle a cessé de s'occuper de ses affaires, il lui est devenu impossible de tenir les comptes de sa maison; elle en est arrivée à ne plus pouvoir faire la moindre opération d'arithmétique; puis elle a cessé d'écrire.

Ce qui est remarquable, c'est que cette femme se rend parfaitement compte de l'état dans lequel elle est tombée. L'acte intellectuel le plus simple devient pour elle un travail des plus pénibles. Sur notre demande, elle arrive à écrire son nom, mais elle est obligée de faire un grand effort et se sent ensuite aussi fatiguée que si elle avait eu à résoudre un problème difficile. Quant à l'écriture, elle présente les caractères que l'on rencontre d'habitude dans la paralysie agitante; les lettres sont petites, et les lignes extrêmement sinueuses.

La malade reste dans le service sans rien présenter de notable pendant trois mois. Mais le 27 mai, nous la trouvons agitée, le tremblement a augmenté d'intensité, et en même temps, la malade, d'habitude si calme, éprouve un extraordinaire besoin de mouvement. Le lendemain, son mari vient la voir et lui parle d'une amie, qui, atteinte d'une affection semblable, aurait été guérie par une saison à Aix-les-Bains. Aussitôt, notre malade veut quitter le service et partir pour la

Savoie. En vain son mari s'oppose-t-il à ce voyage, en vain lui conseillons-nous de réfléchir et d'attendre quelque temps, rien n'y fait, et, le 30 mai, elle sortait de l'hôpital.

Quelques jours s'étaient à peine écoulés que nous voyons revenir notre malade (8 juin). Elle avait complètement abandonné ses projets de voyage, et n'avait plus qu'une idée, rentrer dans le service. M. Ball consentit à la reprendre; elle était dans le même état que lors de sa première entrée : le calme le plus parfait avait remplacé l'agitation des jours précédents. Tout alla pour le mieux jusqu'au 13 juillet. Mais, ce jour-là, pour un motif futile, elle s'emporta contre sa voisine de lit et voulut la battre. Quand nous arrivâmes dans le service, nous trouvâmes notre malade dans un état d'agitation excessive : le tremblement était extrême; la parole presque rapide. Elle se lamentait sur son sort, se plaignait des autres malades, accusait le personnel de manquer de soins vis-à-vis d'elle. En vain essayâmes-nous de la calmer, rien n'y fit et nous dûmes nous contenter, espérant éviter de nouvelles scènes, de la faire changer de lit. Mal nous en prit : le 15 juillet nous recevions une lettre de son mari, qui, pour racheter peut-être son passé alcoolique, était devenu secrétaire général d'une société de tempérance. Dans un style digne de l'apocalypse, il nous reprochait durement « d'avoir écouté les insinuations calomnieuses de l'esprit du mal. » Puis venaient des menaces étranges contre nous et contre le personnel du service. C'était presque un cas de folie à deux. Mais ces troubles n'étant pas encore suffisants pour faire enfermer le couple, nous nous sommes contenté de renvoyer la femme.

Les deux observations que nous venons de rapporter confirment donc, s'il en est encore besoin, l'existence de troubles cérébraux dans la maladie de Parkinson. Quant aux caractères de ces troubles, ils semblent assez variables. Ce qui domine, c'est l'affaiblissement des facultés intellectuelles, particulièrement de la mémoire. Telle était la femme de notre 2e observation, qui ne pouvait plus compter, et avait tant de peine à écrire; tel était aussi cet homme dont parle M. Ball (obs. II du mémoire déjà cité), qui de temps en temps ne trouvait plus ses mots et semblait atteint d'aphasie. En même temps les malades deviennent tristes, apathiques, indifférents, ce qui ne les empêche pas pourtant de montrer souvent une très

grande exigence et de se plaindre constamment. Ailleurs les choses vont plus loin: le malade est délirant, mais le délire est tranquille et monotone; c'est un monologue sans suite ni raison. Cet état si calme peut être tout à coup remplacé par l'agitation la plus violente. Cette aggravation des troubles intellectuels, coïncide, ainsi que le fait si justement remarquer M. le professeur Ball, avec une aggravation parallèle de troubles moteurs. En ce moment, le désordre mental peut devenir extrême; le malade peut être tourmenté par des hallucinations souvent terrifiantes, liées à des idées de persécution (obs. de Ball, de Parant) et pouvant même amener une tendance au suicide (obs. de Ringrosé, Atkins, de Ball, etc.) Mais, généralement ces périodes d'exitation sont passagères, et après quelque temps, on voit diminuer à la fois l'agitation du cerveau et l'agitation des membres.

Cette marche parallèle entre les troubles moteurs et intellectuels est tellement constante qu'on arrive tout naturellement à se demander si les deux ordres de phénomènes ne relèvent pas d'une même cause. C'est là, on le sait, l'hypothèse qu'a émise le professeur Ball. Pour lui le tremblement de la paralysie agitante est sans doute d'origine corticale. A l'appui de cette opinion, on peut encore citer les faits de Ireland et de Demange qui ont vu la maladie de Parkinson se développer chez des imbéciles. On peut aussi invoquer le cas de Oppolzer, Auerbach, Leyden, Grasset, Demange et Westphall, qui ont observé, à la suite d'apoplexie, un tremblement à forme de paralysie agitante dans les membres du côté hémiplégié.

NOTE SUR UN CAS
DE TUBERCULE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

Par le Dr G. BELLANGÉ
Chef de laboratoire de la Faculté de médecine

Le 16 mai 1885, entrait à la Clinique des maladies mentales de l'asile Sainte-Anne un nommé R..., âgé de 36 ans et charretier de son état. Cet homme entrait avec le certificat suivant du Dr Legrand du Saulle : « alcoolisme chronique, affaiblissement intellectuel, hébétude ébrieuse. Phénomènes ataxiques. Incapacité de travailler. » — Nulle conscience de sa situation. — Le Dr Magnan, à son admission au bureau central de l'asile, certifiait « qu'il était atteint d'affaiblissement des facultés mentales avec confusion dans les idées, d'incapacité de pourvoir à ses besoins et de faiblesse musculaire.

R... paraissait beaucoup plus que son âge, et sa sénilité prématurée était évidemment due à l'alcoolisme. Lorsque nous l'avons examiné il était dans son lit, ne pouvant remuer que très difficilement la jambe gauche, et lorsqu'on voulait la lui faire porter à une certaine hauteur, il dépassait immédiatement le but que l'on voulait lui faire atteindre : la sensibilité du membre inférieur gauche était diminuée en certains points, et complètement abolie en d'autres, et non seulement la sensibilité au tact, mais la sensibilité douloureuse. La sensation de chaleur, légèrement diminuée aussi par places, restait cependant à peu près intacte. La sensibilité électrique n'a pas été expérimentée.

Lorsqu'on fait lever le malade il lui est impossible de se tenir debout : la jambe droite le soutiendrait bien, mais la gauche s'y refuse et plie sous le poids du corps ; elle est du reste à moitié inerte, et il est nécessaire de

faire soutenir le malade par deux gardiens lorsqu'on veut le faire marcher : du reste, la faiblesse générale est tellement grande que R... demande à grands cris à être remis dans son lit.

Le réflexe tendineux est aboli du côté malade, il ne l'est pas du côté resté sain.

Il existe une inégale dilatation des pupilles, la droite est la plus large.

Si nous examinons l'état mental de notre malade, nous sommes frappé tout d'abord de la manière dont il répond à nos questions. La voix consiste en une sorte de grognement incompréhensible. Il est très agité et, au moment où on s'y attend le moins, il s'échappe de son lit, et même à deux reprises il est tombé, et on l'a retrouvé par terre. Il n'a pas grande conscience de ses actes, aussi ne peut-on obtenir aucun renseignement sur son passé.

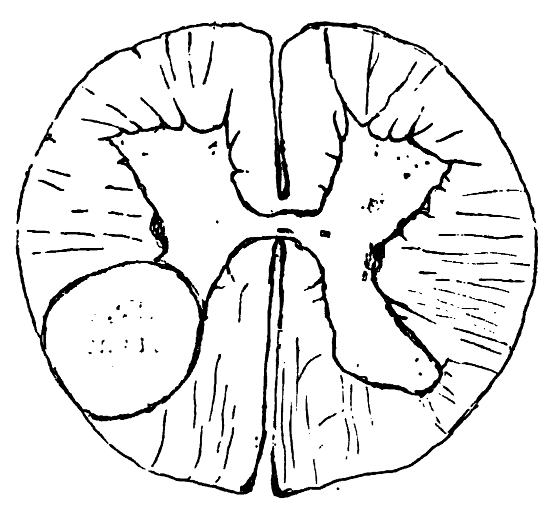
L'appétit est presque nul, et ce n'est guère que d'aliments liquides qu'il se nourrit. Le pouls est un peu rapide — la température est plus élevée qu'à l'état normal et ce mouvement fébrile attire l'attention sur les poumons. Déjà nous avions remarqué que R... avait une toux assez fréquente : à l'auscultation nous découvrons les signes d'une tuberculisation pulmonaire plus étendue du côté gauche que du côté droit et ne dépassant pas le lobe supérieur du poumon.

Trois jours après son entrée le malade mourait, après s'être déprimé progressivement.

Etant donnés sa monoplégie et certains troubles de sensibilité que le malade avait présentés durant sa vie, on pouvait croire à quelque trouble d'origine cérébrale : aussi, à l'autopsie, l'attention de M. le professeur Ball se porta-t-elle sur le cerveau ; mais, malgré l'examen microscopique le plus attentif, il fut impossible de rien découvrir dans cet organe qui pût même expliquer

l'inégalité pupillaire. Aussi poussant plus loin son investigation notre maître conseilla-t-il d'examiner attentivement la moelle. A l'extérieur il n'y avait rien d'apparent, et l'examen de cet organe allait, après plusieurs coupes successives, rester sans nous donner de résultats, lorsqu'au niveau de la partie supérieure de la moelle lombaire notre rasoir sectionna une tumeur arrondie qui déformait la configuration de la moelle. Cette portion ainsi que le restant de cet organe furent mis dans du liquide de Muller pour être soumis à un examen ultérieur.

Les viscères étaient sains, sauf les poumons farcis de tubercules au premier et au second dégré, quelques-uns même au troisième degré; les cavernes étaient petites.



Section de la moelle au niveau du tubercule.

Une section de la moelle durcie par les procédés classiques (fig.) noüs a présenté les lésions suivantes :

Il existe une tumeur arrondie qui siège dans la

moitié postérieure du cordon latéral gauche de la moelle ; cette tumeur, qui est figurée dans notre dessin, a comprimé et détruit la moelle au niveau de sa corne postérieure, qui est fortement échancrée. Cette tumeur est évidemment de même nature que celles que l'on rencontre dans les poumons, c'est un gros tubercule. Lorsqu'on l'examine au microscope, on voit qu'elle se compose presqu'uniquement de matière caséeuse. A la périphérie il existe une zone de tissu névroglique, qui l'enserre, et composé en majeure partie de cellules à prolongements ramifiés. Partout où s'est développé la tumeur il n'existe plus de tubes ou de cellules nerveuses, et il semble que les tubes qui sont à la périphérie soient comprimés et atrophiés. — Il y a peu de lésions ascendantes, aucune descendantes.

En résumé, nous avons là un cas intéressant de tumeur tuberculeuse de la moelle, qui au point de vue clinique a produit des phénomènes ataxiques et paraplégiques auxquels il eut été difficile, surtout chez un aliéné, ou du moins chez un affaibli cérébral, d'attribuer leur vraie cause.

Nous devons dire en terminant que nous avons essayé de rechercher les bacilles, mais cette recherche ne nous a donné que des résultats négatifs et cela tenait non pas à une erreur de diagnostic, mais bien à l'altération dégénérative profonde de la tumeur.

NOTE

SUR

LES OBSESSIONS ANXIEUSES OU ÉMOTIVES

(DÉLIRE ÉMOTIF DE MOREL)

Par E. RÉGIS

Ce travail lu au Congrès de phréniatrie et de neuropathologie tenu à Anvers, a soulevé des discussions sur lesquelles il convient d'autant moins d'insister aujourd'hui, que le calme s'est fait depuis dans l'esprit de tous ceux qui ont entendu la communication lue au nom de M. Régis par le Docteur Cuylits, de Bruxelles, et ayant pour titre : *Note sur les obsessions anxieuses ou émotives. (Délire émotif de Morel.)* Si les idées que notre distingué collaborateur a soutenues dans ses diverses publications ont pu et peuvent encore être critiquées, jamais sa bonne foi n'a été mise en doute, jamais il n'a eu à subir le reproche de plagiat. Il nous a donc paru inutile d'imprimer ici le préambule que M. Régis nous avait priés de publier en tête de son travail ; c'était une justification dont il n'a aucun besoin. D'ailleurs le mémoire qu'on va lire n'est pas présenté par l'auteur comme une œuvre originale, mais comme une simple note de critique scientifique : son titre même en est une preuve.

LA RÉDACTION.

A côté des fous proprement dits, qui peuplent les asiles et les maisons de santé, il existe une catégorie d'individus qui, sans avoir positivement perdu la raison, sont loin d'être normalement organisés au point de vue mental. Ces individus, issus pour la plupart de névropathes et névropathes eux-mêmes, *héréditaires,* comme on les appelle, sont sujets, en raison de cette origine morbide, à divers troubles psychiques, de nature plus ou moins bizarre, mais qui ont pour caractéristique habituelle d'être conscients et de s'accompagner d'un état

anxieux plus ou moins marqué. De ce nombre, et pour ne citer que les principaux, sont : l'agoraphobie ou peur des espaces, la claustrophobie ou peur de l'étroit, la folie du doute, le délire du toucher, et tant d'autres anomalies qui ont successivement reçu des dénominations plus ou moins heureuses, telles que la *bélonéphobie*, *l'onomatomanie*, *l'arithmomanie*, *l'oïchophobie*, la *topophobie*, etc., etc. On me pardonnera de ne pas aller plus loin.

Au fond, ces appellations solennelles cachent des particularités morbides fort simples. Les individus chez qui on les observe, intelligents pour la plupart, se rencontrent à tous les degrés de l'échelle sociale, dans toutes les positions et à tous les âges. Ils ont ceci de commun, et c'est là une de leurs marques distinctives, que ce sont habituellement des *héréditaires*. Quels qu'ils soient, ils s'acquittent le plus souvent à merveille des devoirs de leur profession et paraissent en général d'une correction d'esprit et d'allures irréprochable. Mais, sous ces dehors de calme apparent, se cache une obsession pathologique qui les oppresse et les torture avec d'autant plus de force qu'ils luttent contre elle et cherchent à la refouler au plus intime de leur être. L'un ne peut traverser une place déserte sans être pris aussitôt d'anxiété et d'angoisse qu'il ne dissipe qu'en s'appuyant au bras de quelqu'un ou en marchant à l'abri d'une voiture ; un autre, comptable de profession, se prend à douter que l'addition qu'il vient de faire soit exacte, et il passe sa journée entière à en faire la preuve dans tous les sens, anxieux, hors de lui, sans jamais parvenir à se convaincre ; un autre encore, transportant ses doutes dans le domaine immatériel, a l'esprit hanté par les problèmes métaphysiques les plus graves, Dieu, le monde, la vie future, l'immortalité de l'âme, etc., en sorte que, sur ce terrain, il en arrive parfois à douter de sa propre

existence et à se poser éternellement la question « d'être ou ne pas être. » Celui-ci se sent obligé de compter les becs de gaz ou les arbres de sa route, et, si par hasard il en a oublié un ou s'il croit s'être trompé, il tombe dans le même état de trouble angoissant qui l'oblige à revenir sur ses pas. Celui-là lutte sans cesse au-dedans de lui pour s'empêcher de prononcer une phrase, un mot qui l'obsèdent et montent sans cesse à ses lèvres; et cette lutte intime le plonge dans une anxiété si violente qu'il n'arrive à éprouver quelque soulagement qu'en prononçant tout haut, à demi-voix ou même mentalement, cette phrase ou ce mot qui font son supplice. En voici un qui ne peut s'approcher d'une fenêtre ouverte sans être pris non pas de l'irrésistible envie de s'y précipiter, mais de l'idée qu'il ne va pas pouvoir s'empêcher de le faire ; en voici un autre qui ne peut toucher du bout des doigts certains objets, des boutons de porte en métal, par exemple, et qui, pour se soustraire à cette obligation, s'enveloppe la main d'un mouchoir ; en voici un encore qui ne peut voir un vieillard respectable, une dame, un grand personnage, sans avoir peur d'être poussé à les frapper ; un autre qui, en face d'objets fragiles, est obsédé de l'idée qu'il va les casser, en face d'épingles, qu'il va fatalement les avaler. D'autres, enfin, tombent dans la même anxiété et dans la même angoisse à propos de certains mots, de certains jours, de certains nombres ou chiffres, tels que le chiffre 13 et le nombre impair, auxquels ils attribuent une influence néfaste; ils se sentent obligés de répéter deux ou plusieurs fois les mêmes paroles, les mêmes gestes, les mêmes actes, par exemple de laisser tomber volontairement une seconde fois un objet qui leur était échappé des mains ; ils ne peuvent s'empêcher de marcher sur telle ou telle partie de la chaussée, sur telle ligne de pavés ou de dalles, de monter ou de descendre d'un

trottoir autrement que d'un certain pied ou sans avoir compté au préalable un certain chiffre ; la moindre infraction à ces habitudes ridicules les plonge dans les transes ; certains en arrivent à ne pouvoir se livrer au coït qu'en évoquant tel ou tel souvenir, telle ou telle image, tel ou tel mot, agréables ou burlesques, faute de quoi l'anxiété s'empare d'eux et ils tombent dans l'impuissance. Il en est enfin qui sont pris fréquemment d'angoisses subites pendant lesquelles ils croient qu'ils vont mourir, avoir une attaque, un arrêt du cœur, une syncope, devenir fous, être portés fatalement au suicide, crier par force, ne pouvoir manger, etc., etc.

En un mot, l'anomalie psychique peut revêtir les formes les plus variées et les plus dissemblables, et si l'on voulait honorer chacune d'elles d'une dénomination et d'une description spéciales, on n'arriverait qu'à jeter la confusion dans l'étude si intéressante de ces particularités morbides. Au lieu donc de les décrire à part et de les scinder à l'infini, il vaut mieux, je crois, les grouper dans une étude d'ensemble et rechercher leurs points communs. En procédant de la sorte, on en arrive aisément à constater que ce sont des phénomènes du même ordre et qu'ils ne diffèrent qu'en apparence. Tous, comme on l'a fait remarquer, s'observent presque exclusivement chez les héréditaires ; tous, on l'a dit aussi, comportent l'intégrité absolue, chez l'individu atteint, de la lucidité et de la conscience, et ils aboutissent très rarement à la folie proprement dite ; mais ce qu'on n'a pas suffisamment mis en lumière, c'est que la base commune de tous ces phénomènes, ce qui domine dans leur histoire, c'est l'état d'obsession anxieuse, angoissante, qui les constitue : obsession si pénible et si violente que beaucoup de malades en arrivent peu à peu à concevoir et même à exécuter des projets de suicide. Hérédité habituelle, lucidité consciente, crises d'obses-

sion anxieuse avec lutte intime plus ou moins vive, enfin propension fréquente au suicide, tels sont, à mon sens, les caractères communs à toutes ces anomalies psychiques, caractères qui, les englobant dans une formule unique, permettent de les grouper et d'en faire, pour ainsi dire, la synthèse.

Voici, par exemple, un malade dont j'ai déjà eu occasion de parler ailleurs, et qui représentait de la façon la plus typique ce qu'on est convenu d'appeler la *folie du doute*. Cet individu, comptable dans un bureau de chemin de fer, ne pouvait plus arriver à se convaincre de l'exactitude de ses opérations arithmétiques. Il avait beau apporter dans ses calculs l'attention la plus minutieuse et la plus soutenue et constater une fois, deux fois, dix fois la justesse de ses chiffres ; à peine avait-il quitté sa feuille des yeux, qu'il était assailli du doute le plus angoissant ; il lui fallait recommencer sa preuve à nouveau, et toujours aussi vainement. Avait-il enfin, forcé par l'heure, livré son travail, qu'aussitôt l'anxiété s'emparait de lui ; il ne pouvait ni manger, ni dormir, ni appliquer à quoi que ce soit son attention et il lui arrivait souvent d'aller réclamer ses papiers à son chef pour les revoir une fois encore. Une autre particularité assez curieuse de son histoire est la suivante. Il mettait un jour un tonneau de vin en bouteilles dans sa cave. Arrivé à moitié de l'opération, il s'arrêta, remettant le reste à plus tard, et quitta la cave après s'être assuré qu'il avait fermé le robinet de son tonneau. Il n'était pas encore en haut que déjà le doute l'avait assailli et qu'il se demandait avec anxiété s'il n'avait pas laissé le robinet ouvert ; il redescendit, remonta, et fit plusieurs fois le même manège sans jamais pouvoir être convaincu, dans un état d'angoisse inexprimable.

Cette tendance irrésistible au doute qui assaillait ainsi le malade, s'exerçait d'ailleurs sur des sujets bien diffé-

rents et à propos des choses les plus insignifiantes. Ainsi, il m'écrivait un jour: « Il y a trois semaines, j'étais tracassé et poussé par l'idée que mon col de chemise ne restait pas fermé; à chaque instant, j'étais forcé de voir s'il n'était pas ouvert, et comme toujours, plus je regardais, plus je devenais incertain et agité. Cette idée m'a chagriné dix ou quinze jours et a fait place à une autre. Je fus, après, tourmenté par la pensée que mes habits étaient continuellement sales, et chaque fois que je me frottais en m'appuyant contre quelque objet, fût-il bien propre, je voulais m'assurer de la chose; mais je ne le pouvais pas avec tranquillité; à peine vu que je voulais de nouveau revoir. Cette tendance m'est restée également dix ou quinze jours. Aujourd'hui, je suis embêté par la croyance que chaque fois que je mets ma casquette, elle n'est pas bien mise. Avant de la mettre en ma tête, ça m'agite, et quand je crois pouvoir me tranquilliser en m'assurant de la chose, ça m'agite encore davantage. » — Cet état rendait le malade très malheureux et il en arriva bientôt, dans son désespoir, à songer au suicide. Il n'y avait pas chez lui d'hérédité, au moins autant qu'il me fut permis de m'en assurer.

Voilà donc un cas bien net de folie du doute. Passons maintenant à un autre exemple.

Je fus consulté l'année dernière par une dame des environs de Bordeaux qui présentait un trouble psychique assez étrange. Cette dame qui sur tous les autres points était correcte, et qui raisonnait d'ailleurs de son mal de la façon la plus sensée, était obsédée à certains moments par la pensée qu'elle n'allait pas pouvoir s'empêcher de prononcer la phrase suivante: « *La petite Marie est une p.....* » La petite Marie était une de ses nièces âgée de quatre à cinq ans à peine, qu'elle aimait beaucoup, et elle était révoltée à la seule idée de parler ainsi de cette petite fille. Quand la malade se trouvait seule ou en pré-

sence seulement de son mari, elle n'éprouvait aucun malaise, mais dès qu'un étranger survenait, l'obsession s'emparait d'elle et elle luttait anxieusement pour s'empêcher de prononcer cette éternelle phrase qui lui montait aux lèvres ; le plus souvent, elle ne parvenait à triompher de son angoisse qu'en murmurant à voix basse et en se détournant les quelques mots qui la torturaïent. Peu à peu le trouble s'accrut, et elle en arriva à ne plus oser paraître en public, à faire de grands détours dans les rues pour éviter les passants, finalement, à se confiner absolument chez elle et à ne plus voir personne. C'est à ce point qu'elle ne consentit à venir me trouver qu'à condition de voyager en voiture, avec son mari, pour éviter les chemins de fer et les voyageurs, la seule présence d'une personne suffisant à réveiller son obsession et son angoisse. Son désespoir de se sentir dans cet état était tel qu'elle songeait de plus en plus à en finir par le suicide. Je dois ajouter que sa maladie avait débuté pendant une grossesse, à la suite de profonds chagrins conjugaux, et qu'elle paraissait avoir quelques rapports avec une affection du col utérin pour laquelle je la renvoyai à son médecin traitant. Je ne sais ce qu'elle est devenue depuis cette époque.

Quelques cas analogues à celui de cette dame ont été décrits par M. le professeur Ball sous le nom d'*impulsions intellectuelles*, par comparaison avec les impulsions ordinaires de la sphère morale qui poussent les malades à certains actes irréfléchis. Mais, tout récemment, cet état morbide caractérisé soit par la recherche anxieuse, soit par la répétition irrésistible d'un mot ou d'une phrase, a monté en dignité scientifique et a reçu l'honorable appellation d'*onomatomanie* (manie du mot). La malade dont je viens de résumer l'histoire était par conséquent atteinte d'onomatomanie.

Onomatomanie, folie du doute, ce sont donc là deux folies différentes ? Oui, si l'on s'en rapporte à la description détaillée qu'on a faite de chacune d'elles et à la dénomination spéciale qu'elles ont reçue ; non, si l'on veut bien observer les faits. Il suffit, en effet, de comparer les deux malades cités plus haut pour voir qu'ils présentaient exactement les mêmes symptômes, et que le fond de leur état était une émotivité particulière qui se traduisait, chez l'un et chez l'autre, par des crises analogues d'obsession anxieuse. A la vérité, l'obsession affectait chez le premier la forme du doute intellectuel, et, chez la seconde, celle de la lutte contre un mot qui s'impose ; mais il n'y a évidemment là qu'une différence des plus légères et purement superficielle, car c'est bien moins l'expression que peut revêtir l'obsession que l'obsession elle-même, avec son caractère angoissant et presque spasmodique, qui constitue la maladie. Je pourrais multiplier les exemples et montrer que dans tous ces états morbides, que l'on a décrits et qui ont reçu des appellations si étranges, on retrouve partout et toujours les mêmes caractères, et particulièrement cet état d'obsession anxieuse qui en forme incontestablement la base.

C'est donc une grave erreur scientifique que d'avoir ainsi scindé et baptisé à l'infini des phénomènes absolument identiques, de façon à constituer pour ainsi dire autant de types distincts, et il eût certainement mieux valu, je le répète, en étudier les points communs et en faire la synthèse.

Au reste, Morel, qu'il faut toujours citer lorsqu'il s'agit des héréditaires, des dégénérés et des particularités morbides qui leur sont propres, avait déjà observé et décrit plusieurs de ces obsessions délirantes, notamment celle qui est caractérisée par la crainte du contact de certains objets, et, comprenant que le caractère principal de tous ces phénomènes était l'état anxieux ou émotif,

il les avait réunis sous le nom typique de *délire émotif* et en avait placé le point de départ dans une disposition maladive de l'appareil nerveux ganglionnaire viscéral (1). C'était déjà, comme on le voit, faire de la synthèse. Malheureusement, depuis Morel, on s'est surtout attaché à décrire minutieusement chacune des formes possibles de ce délire en leur attribuant un nom et une place à part.

M. Magnan seul, dans plusieurs travaux récents, a tenté de réagir contre cette fâcheuse tendance à la segmentation indéfinie d'un groupe de faits connexes, et il a essayé d'en réunir un certain nombre dans une étude d'ensemble, bien qu'on puisse lui reprocher d'avoir cédé lui-même dans une certaine mesure à l'entraînement général et, tout en voulant faire œuvre de généralisation, d'avoir doté la science d'expressions telles, je crois, que *bélonéphobie* ou peur des épingles, et de quelques autres analogues. Toutefois, frappé de ce fait que ces phénomènes s'observaient surtout chez les héréditaires, et les rapprochant des indices corporels de l'hérédité que Morel a décrits chez les mêmes individus, sous le nom de *stigmates physiques de l'hérédité*, M. Magnan a eu l'heureuse idée de les désigner sous le nom de *stigmates psychiques de l'hérédité*, marquant ainsi très nettement qu'ils représentaient dans l'ordre intellectuel la tare héréditaire, comme les stigmates matériels la représentent dans l'ordre physique. On ne peut qu'approuver cette façon de considérer les obsessions anxieuses ou émotives, et l'expression de stigmates psychiques de l'hérédité, qui mérite d'être conservée dans le langage scientifique, fera certainement pardonner à son auteur la création moins heureuse du mot *bélonéphobie* et de ses similaires. La seule réserve qu'il convienne de faire à l'égard de la locution si juste de M. Magnan, c'est que

(1) *Morel. Du Délire émotif. Archives générales de Médecine*, 1866.

l'hérédité n'est pas absolument fatale chez cette catégorie de malades ; dans certains cas, en effet, il est impossible d'en retrouver la moindre trace, soit qu'elle fasse réellement défaut, soit qu'elle échappe aux plus minutieuses investigations.

Quoiqu'il en soit, l'heure est venue aujourd'hui d'étudier les stigmates psychiques de l'hérédité, dont l'obsession anxieuse ne constitue d'ailleurs que l'une des expressions ou modalités, non plus en détail, mais dans une large vue d'ensemble. Les éléments en sont prêts, et il ne reste plus qu'à les grouper de façon à dégager nettement le type de l'individualité psychique anormale, avec ses tares et ses désharmonies, comme a été constitué physiquement le type de l'héréditaire, avec ses stigmates et ses malformations.

Ce sera véritablement là faire œuvre utile et incontestablement plus méritoire que de décrire en détail une bizarrerie ou une excentricité nouvelle, et, après l'avoir décorée d'un nom aussi grec qu'incompréhensible, de la lancer dans la circulation scientifique, ajoutant ainsi une unité de plus à cette liste déjà si longue des formes morbides qui encombrent le cadre de l'aliénation mentale.

Pour ma part, je m'estimerai heureux si cette courte note, si insuffisante soit-elle, peut servir à enrayer cette regrettable tendance à la recherche et à l'isolement des infiniments petits, en médecine mentale, et si, sur le point particulier qui nous occupe, elle contribue à établir l'analogie, on pourrait dire l'identité des obsessions anxieuses ou émotives, sous quelque forme qu'elles s'observent.

Ce travail était déjà terminé, lorsque paraît dans l'*Encéphale* (juillet-août 1885) un excellent mémoire de M. le Dr E. Doyen, interne à l'asile Sainte-Anne, sur les *Terreurs morbides et le délire émotif* en général. Outre l'intérêt que présentent cer-

tains faits cliniques qui y sont rapportés, il y a là un premier essai de généralisation du sujet que personnellement je suis heureux de constater, et qui se révèle d'une façon très nette dans l'ensemble des conclusions. On peut y remarquer notamment la tentative d'assimilation, que hasarde l'auteur, de la folie du doute avec le délire émotif, assimilation qu'en ce qui nous concerne, nous n'avons pas hésité à admettre un seul instant, ainsi qu'on a pu le voir plus haut. Quant à ce que dit M. Doyen des origines du délire émotif, il me semble difficile d'en exposer les conditions multiples, d'une façon plus exacte et plus concise.

La question du traitement n'a pas été abordée dans le mémoire auquel je fais allusion. Ce point a cependant une grande importance. Tout le monde sait en effet combien les obsessions anxieuses sont tenaces, en général, et combien elles résistent, le plus souvent, à tous les efforts. Il n'est pas rare de voir les agents physiques et moraux les plus actifs s'émousser absolument sur elles et n'amener aucun résultat appréciable. Un instant amendées, en apparence, les crises émotives ne tardent pas à reparaître à nouveau avec leurs conséquences habituelles.

En présence de cet état de choses, je m'étais demandé si ce ne serait pas le cas d'essayer contre ces manifestations morbides l'action tant discutée de la suggestion hypnotique. Bien que, d'une façon générale, je sois peu partisan de la suggestion employée à titre d'agent thérapeutique, surtout vis-à-vis des troubles psychiques, et que, d'autre part, je sois convaincu, par expérience, de l'extrême difficulté qu'il y a à hypnotiser les véritables aliénés, il me semblait que si ce moyen était susceptible d'être mis en pratique et de donner quelques succès dans le traitement des affections mentales, c'était surtout dans les états comme le délire émotif, où un tempérament manifestement névropathique, une lucidité et une conscience absolues, enfin un désir extrême de guérir et par conséquent de se prêter aux manœuvres thérapeutiques constituaient des conditions très favorables à l'hypnotisme.

C'est pour ce motif que déjà l'année dernière, au Congrès de Blois, à l'occasion d'une discussion sur un travail de M. Aug. Voisin, je m'étais exprimé à cet égard de la façon suivante :

« En somme, jusqu'à présent il n'y a guère que certains aliénés ou plutôt certains semi-aliénés, tels que ceux atteints d'agoraphobie, de claustrophobie, de délire du doute et du

toucher, d'impulsions par accès, en un mot de lésions intellectuelles et morales très limitées, et pour la plupart conscientes, qui me paraissent être susceptibles de subir l'hypnotisation et de retirer quelque bénéfice de ce procédé thérapeutique. »

Je n'ai malheureusement pas pu, depuis cette époque, faire l'expérience d'une façon complète, faute de sujets, mais je persiste à penser qu'il y aurait peut-être lieu — je soumets le fait à l'appréciation de mes honorables confrères — d'expérimenter l'action de la suggestion hypnotique dans les cas d'obsessions anxieuses, avec toute la prudence et toute la réserve que comporte, bien entendu, l'usage d'un pareil procédé.

E. R

ARCHIVES CLINIQUES

HALLUCINATIONS CONTINUES CHEZ UN IMBÉCILE

Par le docteur A. PARIS

Médecin adjoint de l'asile d'Aliénés de Châlons-sur-Marne.

L'attention ne semble pas avoir été attirée jusqu'à ce jour sur les hallucinations dans l'imbécillité. Les auteurs suivants, qui se sont tous occupés longuement de l'imbécillité et des hallucinations, ne paraissent pas avoir rencontré un seul cas d'imbécillité avec hallucinations continues :

Ph. Pinel (1) ne fait pas la moindre allusion à l'existence possible d'hallucinations chez les imbéciles; il en est de même d'Esquirol (2), de Georget (3), de Cal-

(1) *Traité médico-philosophique sur l'Aliénation mentale*, 2e édition, an 1809.

(2) *Dictionnaire des Sciences médicales*, 1817. Art. *Hallucinations*; — *Des Maladies mentales*. Paris, 1838.

(3) *De la Folie*. Paris, 1820.

meil (1), de Marc (2), de C. Ellis (3), de Morel (4), de Marcé (5), — et cependant Marcé consacre un paragraphe aux « hallucinations dans les diverses formes de folie, » — de Griesinger (6), d'Aug. Motet (7). Seul, Brierre de Boismont (8) a entrevu la possibilité de rencontrer des hallucinations dans l'imbécillité; mais il n'a observé aucun cas de ce genre. « Il est nécessaire, « dit-il, pour que les hallucinations se produisent, que « certaines facultés parmi lesquelles l'imagination « tient un rang important puissent être mises en jeu. » L'imagination n'étant qu'à l'état rudimentaire chez l'imbécile, en général, les hallucinations doivent être, par cette seule raison, excessivement rares, peu intenses et de courte durée. Brierre de Boismont admet qu'elles « *sont possibles*; » il lui « *paraît* hors de doute » que des imbéciles dont toute l'intelligence n'était pas anéantie, qui, par exemple, avaient de la mémoire, qui étaient éducables, ont commis des actions répréhensibles sous l'influence d'hallucinations. Pour lui, comme pour M. Luys, les hallucinations de l'imbécile ne seraient que passagères. Notre observation est relative à un imbécile crétin constamment halluciné.

Parlant des imbéciles, Luys s'exprime ainsi : (9) « Certaines natures à instincts pervers, sont susceptibles, « à un moment donné, après avoir été longtemps tran- « quilles, de s'exciter soudain, de devenir violentes, « féroces, de porter avec elles l'incendie et de commettre,

(1) *Dictionnaire de Médecine*, 2e édit., 1836. Art. *Hallucinations*.
(2) *De la Folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*. 1840.
(3) *Traité de l'Aliénation mentale*, trad. par Archambault, 1840.
(4) *Traité des Maladies mentales*. 1860.
(5) *Traité pratique des Maladies mentales*, 1862.
(6) *Traité des Maladies mentales*, trad. par le docteur Doumic, 1865.
(7) *Dictionnaire de Jacoud*, 1873, Art. *Hallucinations*, etc.
(8) *Des Hallucinations*. 1852, p. 196.
(9) Luys, page 621 de son *Traité clinique et pratique des Maladies mentales*.

« sous l'influence d'hallucinations ou d'impulsions « subites, les crimes les plus imprévus et les plus « inexpliqués. »

Notre malade est facile à diriger et n'a aucun accès de ce genre ; il n'est ni maniaque, ni épileptique, ni impulsif, et ce n'est pas de temps en temps qu'il est halluciné, mais constamment. Du reste, les hallucinés ont en général une certaine activité intellectuelle et une certaine émotivité qu'il est rare de rencontrer chez l'imbécile et que nous ne remarquons pas chez le nôtre, ses hallucinations étant presque toujours pour ainsi dire stéréotypées.

Observation. — P..., est un homme de taille moyenne ; sa marche est saccadée. La tête présente les particularités suivantes : arcades sourcilières saillantes, coup de hache à la racine du nez qui est petit et aplati, proéminence des arcades zygomatiques, aplatissement de la voûte palatine, qui forme un plan horizontal, mauvaise dentition, adhérences des lobules des deux oreilles. Les mains sont celles du crétin : doigts courts et presque tous de même longueur.

Le certificat médical à fin d'admission dans un asile d'aliénés, constate que P... est dans un état d'imbécillité complète voisine de l'idiotie ; il donne les renseignements suivants sur les antécédents au point de vue du développement de l'intelligence : « Resté longtemps à l'école des frères, P... a fini par « connaître les lettres ; jamais il n'a pu apprendre à écrire. « Préparé par ces Messieurs pour la première communion, il « n'a pu être admis ; il a été regardé comme incapable. Il a tra- « vaillé dans plusieurs maisons, mais pour servir les maçons, « pour tous les travaux qui demandent peu d'intelligence. »

P..., Louis-Jean-Pierre, né le 20 mai 1840 à Epernay, est entré à l'asile de Châlons le 9 octobre 1866 ; son état mental est resté constamment le même. Il ne sait ni lire ni compter ; il est incapable de suivre le moindre raisonnement ; il a la voix nasillarde du crétin ; il parle assez distinctement, sans bégayer, mais les réponses qu'il fait aux questions qu'on lui adresse sont insignifiantes ; le plus souvent il est impossible de fixer son attention, il semble ne prêter l'oreille qu'aux grossièretés et à toutes les billevesées que Suzon lui fait entendre. Suzon est le nom qu'il donne à la femme dont les propos le fatiguent sans cesse et qu'il croit avoir vue une fois à l'Asile. Il l'entend

parfaitement, et partout ; elle l'insulte et le taquine continuellement ; mais son intelligence étant fort peu développée, ou plutôt ne l'étant pas du tout, ses hallucinations sont presque toujours identiques. Lorsqu'on l'interroge à cet égard, il se borne à répondre : « Je l'entends, la r... ; elle me casse la tête, elle me répète toujours les mêmes choses, elle ne me laisse pas une minute tranquille..., oui, ma vieille, je t'écoute, tais-toi donc, vieille g..., vieille p..., vieille t..., auras-tu bientôt fini de gueul..., tu me casses les oreilles. Elle me dit qu'elle fera toujours assez d'ordures pour moi. »

P. est occupé à de gros ouvrages ; il enlève les ordures des allées, il casse de la pierre ; il serait incapable de faire autre chose. Ses hallucinations, toujours bilatérales, sont continues, mais beaucoup plus intenses lorsqu'il baisse la tête et dans la seconde moitié de la nuit, et le matin que le soir. Il ne répond à Suzon que par cris ; il est beaucoup plus criard au moment du lever et jusqu'à onze heures du matin que pendant l'autre partie de la journée ou de la nuit, ce qui tient probablement à ce que le silence de la nuit et l'état congestif de l'encéphale occasionné par le décubitus dorsal favorisent le développement d'hallucinations plus intenses. C'est l'avis de beaucoup d'auteurs. Au moment du coucher, P..., n'est presque plus halluciné, il parle encore un peu à Suzon ; puis, alité, il redevient criard. Il n'est pas méchant, il ne montre aucune tendance de nature dangereuse ; parfois cependant on remarque des traces d'érotisme. Les hallucinations sont excessivement bien accusées, continues, et cependant, il est presque totalement privé d'intelligence.

M. le Docteur Henry Bonnet, médecin en chef, dont l'expérience et l'autorité ne peuvent être mises en doute, n'a observé, avant celui-ci, qu'un seul cas de ce genre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE

CONGRÈS

DE PHRÉNIATRIE ET DE NEUROPATHOLOGIE

TENU A ANVERS, LES 7, 8 ET 9 SEPTEMBRE 1885

Sous la présidence de M. le Dr V. DESGUIN — Secrétaire B. C. INGELS

Séance du 7 septembre. — M. GIRAUD, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Fains, au nom de M. Foville, inspecteur général du service des aliénés à Paris, absent, donne lecture d'une *Étude sur le droit de réclamation des aliénés devant les tribunaux civils.*

Parmi les lois relatives aux aliénés, la loi française et la loi belge se distinguent par une disposition commune qui leur donne à toutes deux un caractère de libéralisme que l'on chercherait vainement dans les autres législations spéciales. Toute personne placée dans un asile d'aliénés a le droit, en vertu de ces lois, de réclamer devant le tribunal civil la mise en liberté aussi souvent que bon lui semble et à quelque époque que ce soit. Mais entre la pratique française et la pratique belge il y a cependant des différences.

C'est de l'étude comparative des lois des deux pays et de la discussion des points de pratique où il existe des variantes que M. Foville croit pouvoir déduire les considérations suivantes :

1° Le droit de réclamation doit être accordé indistinctement à toutes les personnes placées; par conséquent, il ne doit pas être fait exception en ce qui concerne les mineurs et les interdits.

2° Il doit être permis aux personnes placées de former leur réclamation d'une manière aussi simple que possible et n'entraînant aucun frais ; c'est-à-dire une simple lettre directement adressée au président du tribunal ou au chef du parquet, sans que l'intermédiaire d'un avoué soit nécessaire.

3° Les personnes qui ont provoqué le placement doivent être averties de la demande de sortie, formée par la personne placée, afin qu'elles puissent faire parvenir, s'il y a lieu, leurs observations au tribunal.

4° Le droit de réclamation doit être soustrait à toute obligation pécuniaire.

5° Les décisions prises en Chambre du Conseil par les tribunaux civils au sujet de la sortie des personnes placées dans un asile ne doivent pas être soumises à un appel.

M. Oudart, inspecteur général des établissements d'aliénés du royaume, donne lecture d'une *Étude sur la colonisation des aliénés.* L'encombrement qui existe dans les asiles du royaume et l'impossibilité où l'on se trouve d'y parer par l'érection incessante de nouveaux asiles, donnent au projet de créer des colonies un caractère d'opportunité incontestable.

M. Oudart envisage la colonisation au triple point de vue du bien-être des malades, de l'intérêt que doivent y trouver les communes, les provinces et l'État, et des avantages que les habitants de la commune où elle sera établie retireront de ce mode d'assistance des aliénés.

Le bien-être des malades ressort de la vie de famille, de la liberté relative que leur assure la colonisation. Il pense qu'un tiers des aliénés enfermés actuellement dans les asiles du royaume, soit 2000 individus, pourrait en bénéficier.

Au point de vue pécuniaire, le bénéfice réalisé par les communes, domiciles de secours, serait de ce chef de plus de 100,000 fr.

Si les 2000 aliénés devaient être placés dans des établissements nouveaux, il en coûterait 7 millions et plus.

Quant aux avantages financiers qu'en retireraient les habitants de la localité transformée en colonie, pour en apprécier l'importance, il suffit de rappeler que les comptes de la colonie de Gheel accusent une recette annuelle de plus de 700,000 fr.

C'est en raison de ces considérations humanitaires et économiques qu'une seconde colonie, Lierneux, vient d'être fondée. Il est une autre raison qui appelait l'érection d'une nouvelle colonie.

Gheel est une colonie flamande, et, comme le langage, la nourriture, les mœurs, les habitudes flamandes ne sont pas celles des populations wallonnes, Lierneux sera réservé aux aliénés wallons.

M. le professeur Benedikt, de Vienne, lit une communication sur les *Effets spécifiques de l'électricité statique.*

L'éminent professeur a repris l'application de l'électricité statique, après l'avoir abandonnée pendant plusieurs années.

S'il était vrai que l'électricité statique eût une influence salutaire directe sur les processus inflammatoires de l'appareil auditif, comme on l'a écrit anciennement, il convenait de reprendre ces expériences avec les appareils nouveaux que nous possédons. Les troubles inflammatoires de l'oreille entraînent des désordres cérébraux ; l'électricité statique exerce son action sur ces désordres en combattant les troubles de la circulation intracranienne. M. Benedikt a soumis ces malades à l'électricité statique, en les isolant et en leur appliquant la douche électrostatique ; son procédé a fait disparaître, dans un nombre considérable de cas, des désordres cérébraux consécutifs aux affections de l'oreille ; après un certain nombre de séances, le résultat, qui d'abord n'était que transitoire, s'est ensuite maintenu.

Le Dr Benedikt cite des exemples prouvant que la douche électro-statique joue un certain rôle dans la thérapeutique symptomatique des psychoses et que l'épileptique peut aussi en retirer de bons effets.

M. Verriest, professeur à l'Université de Louvain, entretient l'assemblée d'une catégorie particulière de paralysies qu'il baptise du nom de « *paralysies par inconscience.* » La malade, dont il décrit l'état pathologique, est paralysée de la main droite dès qu'elle quitte celle-ci des yeux ; son regard se reporte-t-il sur la main, le mouvement y revient instantanément et elle exécute les mouvements les plus complexes et les plus délicats. Cette forme de paralysie, dont deux ou trois exemples sont signalés dans les annales de la science, est analysée par M. Verriest au point de vue de son mécanisme physiologique.

Par des inductions sur la génèse de ces phénomènes, M. Verriest fut porté à conclure à une torpeur morbide des régions cérébrales où se projette l'image du bras paralysé, torpeur dissipée sous l'influence d'excitations venant des centres optiques par la voie des fibres d'association.

Partant de cette hypothèse, il se dit que peut-être des excitations arrivant par d'autres voies d'association, lèveraient également la paralysie. En effet, il constate que la motilité revenait également dans le membre malade par la voie du toucher : il suffisait de faire palper la main droite, paralysée, par la main gauche, pour rendre le mouvement à la première. Le même résultat fut obtenu à l'aide du pinceau faradique appliqué avec une intensité suffisante pour provoquer la dou-

leur et par là même la conscience, la notion de l'existence de la main paralysée.

M. Verriest est d'avis que bon nombre de paralysies chez les hystériques appartiennent à la même catégorie de *paralysies par inconscience*, avec cette différence que la torpeur cérébrale ne se dissipe pas sous l'influence des excitations apportées par les voies d'association.

Peut-être dans la folie paralytique progressive, se produit-il également des paralysies par inconscience, mais reposant cette fois sur des bases anatomiques.

M. Garnier, médecin de l'infirmerie spéciale des aliénés, près la préfecture de police, donne lecture d'un *Rapport médico-légal sur un cas de morphinisme avec attaques hystéro-épileptiques* par l'abstinence de la dose habituelle du poison.

Suivant M. Garnier, les troubles délirants directement provoqués par les injections morphinées sont relativement rares. Il n'y a pas, comme on l'a dit, une folie morphinique nettement caractérisée à mettre en regard de la folie alcoolique.

Il ne peut cependant pas rejeter d'une façon absolue la psychose morphinique telle qu'elle est décrite par Laehr et Fadler. On peut l'admettre pour les cas qui décèlent une tendance impulsive, un désir morbide de névropathe ou d'héréditaire.

Il est vrai que, séparées au point de départ par les différences de l'appétition, les deux catégories de morphinisés sont le plus souvent destinées à se rejoindre sur la pente fatale — le délire, la prostration, la convulsion — la fureur maniaque.

M. le Dr Brosius, directeur de la maison de santé de Bendorf et Sayn, fait une communication sur *l'emploi de l'alcool dans le traitement des maladies mentales.*

Les effets de l'alcool sont multiples et variables selon la constitution de l'individu, la dose et la composition chimique de l'alcool.

Délayé et à petites doses c'est un stomachique, un excitant cardiaque et circulatoire, un stimulant du cerveau. Il facilite l'idéation, produit un sentiment de bien-être et rend de bonne humeur. Cette stimulation cérébrale est suivie d'un sommeil dont la durée dépend de la dose. Il dilate également les vaisseaux cutanés et augmente la transpiration. Par là encore, il contribue à produire le repos.

A grandes doses et concentré, il produit des effets opposés, amène la paralysie et l'annihilation complète.

Il améliore la nutrition générale, à titre d'agent nutritif indirect, parce qu'il favorise la digestion et brûle dans l'organisme en place de l'albumine. Il diminue la formation de l'urée, et, retardant la désassimilation, il favorise l'embonpoint.

C'est ce qui résulte des expériences de Munk (de Strasbourg) et des travaux scientifiques du professeur Binz (de Bonn.)

Dans certaines maladies, par exemple, si les aliments sont mal digérés ou insuffisants, l'alcool délayé est un excellent remède digestif. D'après les observations personnelles de l'orateur, observations recueillies dans une pratique d'une trentaine d'années, l'alcool délayé et à petites doses sous forme d'un bon vin du Rhin, de Bordeaux, de Sherry, n'est jamais nuisible aux malades simplement nerveux ou aliénés. Dans beaucoup de cas de phrénopathies avec agitation et insomnie, il est sédatif et hypnotique.

Quelques verres de Sherry donnés le soir, un demi-litre de Rudesheimer, d'autres bons vins ou de la bière produisent immédiatement le repos ou le sommeil, là où la morphine restait impuissante.

Il est bienfaisant chez les mélancoliques dyspeptiques et chez tous les aliénés dont la digestion mauvaise entraîne l'amaigrissement. On doit le donner aux paralytiques même en état d'excitation. ?

Il est le meilleur des succédanés du bromure et de la morphine, remèdes auxquels l'organisme tend à s'habituer.

Comment, du reste, les médecins qui donnent la paraldéhyde, dont la formule chimique est C'H'O, peuvent-ils se refuser de donner l'alcool dont la formule ne diffère guère, l'alcool étant représenté par C'H'O ?

Il est vrai que M. Brossius a guéri des malades sans prescrire ni alcool, ni bière. C'est que le *temps* reste toujours le grand remède dans notre spécialité.

En réponse à quelques objections qui lui sont posées, M. Brossius dit qu'il entend parler de l'usage de l'alcool seulement sous forme de vin ou de bière.

M. le Dr Rey, médecin à Ville-Évrard, donne lecture d'une *Note sur la paralysie générale chez la femme, de l'hystérie chez les femmes atteintes de paralysie générale.* L'orateur constate que, sur trente femmes atteintes de paralysie générale, dont il a pu recueillir l'histoire, sept avaient eu des atteintes d'hys-

térie plus ou moins longtemps avant le début de l'affection cérébrale.

Des faits qu'il a observés, M. Rey formule les conclusions suivantes : « La paralysie générale se développant chez les femmes atteintes d'hystérie, est loin d'être un fait exceptionnel; dans ces cas, le plus souvent, les troubles hystériques s'atténuent ou disparaissent ; le délire prend quelquefois un caractère particulier qui doit faire soupçonner des antécédents nerveux ; enfin la marche et la durée de la paralysie générale ne présentent rien d'insolite. »

M. Closset (de Liège) donne lecture d'une *Étude sur la manie aiguë et son traitement basé sur la pathogénie.*

La dénutrition des cellules nerveuses en provoque généralement la suractivité ; de là, période d'excitation. A la dénutrition succède la dégénérescence cellulaire. C'est à cette période que correspond la démence, l'anesthésie et la paralysie. Il faut donc traiter les accès maniaques par les agents capables de réveiller la vitalité des éléments nerveux, par les excitateurs réflexes de préférence aux modérateurs réflexes.

M. le Dr Hack Tuke prend ensuite la parole pour dire quelques mots au sujet du *Somnambulisme.* Il a fait distribuer aux membres du Congrès un questionnaire analogue à celui qui a été publié par la Société médico-psychologique de Londres, et ayant pour but de faciliter les recherches sur cette affection qu'il voudrait voir prendre rang dorénavant parmi les névroses. Il recherche la relation entre cette maladie et les autres maladies nerveuses, spécialement l'épilepsie, la chorée ou une maladie mentale, il prie ses confrères de bien vouloir l'assister pour dresser la symptomatologie de cette affection et termine sa relation en rapportant un cas de somnambulisme spontané qui a persisté pendant trois jours sans interruption.

Séance du 8 septembre. — L'assemblée aborde la discussion du rapport de M. Lefebvre sur la *Recherche des bases d'une bonne statistique internationale des aliénés.*

M. Lefebvre, professeur à l'Université de Louvain, établit la possibilité de former quelques grands groupes de types morbides et prouve que la grande majorité des classifications émises jusqu'ici, font mention de ces groupes. Ces types sont l'idiotie, le crétinisme, la folie paralytique, la démence, les folies par intoxication, la manie, la mélancolie et les folies circulaires. Il n'entre pas dans la pensée de l'orateur d'en imposer

l'adoption au Congrès, mais il émet le désir que cette importante question soit soumise à une étude approfondie. En groupant les chiffres autour de ces types, on pourrait arriver, comme l'indiquent les conclusions de son rapport, à réunir à l'avenir des éléments intéressants pour une statistique internationale notamment sur les points suivants :

1° *Le nombre* des aliénés dans une circonscription donnée, de préférence dans un pays tout entier, la France, l'Angleterre, etc. Toutefois les tableaux statistiques dressés par une seule localité, ou même pour un établissement spécial, ne manqueraient pas d'utilité.

2° *Les causes* de l'aliénation en général et, autant que possible, des espèces en particulier.

3° *La durée* de la maladie.

4° *Sa terminaison* par la guérison ou l'incurabilité.

5° *Sa léthalité.*

Le Dr GUTTSTADT, de Berlin, invite le Congrès à élucider d'abord la question de savoir si la statistique portera seulement sur des individus placés dans tous les asiles ou sur tous les aliénés. Le procédé particulier employé dans ces recherches n'est pas sans influencer les résultats obtenus. Les médecins allemands recouraient autrefois à une classification analogue à celle mentionnée dans le travail de M. Lefebvre ; ils en sont revenus depuis pour adopter un sytème beaucoup plus simple et dont les résultats sont certainement plus sûrs et plus constants.

Ces recherches ont permis, entre autres, d'établir que l'Allemagne compte 24 aliénés sur 10,000 habitants, ou un aliéné sur 440 habitants. Elles sont d'autant plus utiles qu'elles permettent d'établir pour chaque pays le nombre d'asiles nécessaires. Le questionnaire qui sert de base à ces études distingue les types suivants de maladies mentales :

a) aliénation simple.

b) » paralytique.

c) » compliquée d'épilepsie ou d'hystéro-épilepsie.

d) imbécilité congénitale, idiotie, crétinisme.

e) délire des buveurs.

f) les sujets en observation non aliénés.

Le questionnaire demande encore d'autres détails de nature à intéresser la psychiatrie, tels que l'hérédité, l'état social, etc.

M. le Dr RAMAER, inspecteur général des asiles d'aliénés de Hollande, insiste sur l'opportunité de choisir comme bases

d'une classification un nombre de types aussi restreint que possible. Beaucoup de prétendus types ne constituent que des variétés ou des états successifs d'une même forme. La manie, par exemple, peut survenir dans toutes les folies et la démence termine presque toutes les aliénations mentales. Il propose « de nommer une commission internationale, qui se chargerait d'étudier les moyens pour aboutir à une classification des maladies mentales, formant la base de toute statistique ultérieure dans le domaine de la phréniatrie. »

M. le Dr HACK TUKE, médecin en chef du Bethlem Asylum, de Londres, rappelle aux membres du Congrès qu'un travail analogue a déjà été fait depuis quelques années par la « Medico-psychological Association » qui, en dehors de la classification, a dressé une série de tableaux pour la confection des statistiques. L'initiative de la « Medico-psychological Association » a été couronnée de succès, et aujourd'hui la grande majorité des médecins aliénistes anglais s'en servent pour faire leurs statistiques.

M. le Dr CHRISTIAN, médecin de la maison nationale de Charenton, estime qu'il faut limiter les recherches aux aliénés internés. Il est impossible d'obtenir des renseignements corrects sur les sujets non placés. La famille a trop l'habitude de dissimuler le malheur qui l'a frappée et ne l'avoue pas au médecin qui voudrait avoir des renseignements sur les antécédents de son client ; elle envoie, si les moyens le lui permettent, le malade à l'étranger et désigne simplement sous le nom de maladie nerveuse l'affection mentale dont un de ses membres est atteint.

Au point de vue de la cause probable de l'aliénation mentale, le public n'est pas à même de fournir aux médecins aliénistes des indications tant soit peu utiles ; souvent même, en dépit des meilleurs renseignements, cette étiologie restera inconnue. De même l'aliéné sera très souvent guéri aux yeux de la famille et du public quand, au point de vue du médecin, il ne l'est pas du tout. De là, une grande difficulté pour une bonne statistique internationale des maladies mentales. Au reste, M. Christian se range à la classification préconisée par M. Guttstadt, à cause de sa grande simplicité.

M. le Dr SEMAL de Mons, fait remarquer que la folie héréditaire, qui constitue une forme spéciale et une entité morbide bien caractérisée, n'a pas été mentionnée dans les pages de M. Lefebvre.

M. le Dr Magnan, de Paris, développe ses idées sur la folie héréditaire et croit devoir ranger à côté d'elle, comme types de psychoses, la folie intermittente et le délire chronique.

Le Congrès décide qu'il sera procédé à la nomination d'une commission internationale, chargée d'élaborer une classification des maladies mentales, et que les membres de cette commission interviendront près des sociétés psychiatriques de leurs pays respectifs, afin de seconder l'œuvre entreprise par le Congrès de phréniatrie. Cette commission est composée de MM. Hack Tuke pour l'Angleterre, Guttstatt pour l'Allemagne, Benedikt pour l'Autriche, Magnan pour la France, Steenberg pour les pays Scandinaves, Mierzejewski pour la Russie, Ramaer pour la Hollande, Sola pour l'Amérique du Sud, Clark Bell pour les États-Unis, prof. Wille, de Bâle, pour la Suisse professeur Andrea Verga, sénateur, de Milan, pour l'Italie. La Société de médecine mentale de Belgique continuera et désignera ultérieurement les correspondants des autres pays qui n'ont pu envoyer des délégués au Congrès.

Séance du 8 septembre.— M. Richard Boddaert, professeur à l'Université de Gand, expose un procédé qu'il a découvert dans le cours de ses études expérimentales sur le *ramolissement cérébral.* Ce procédé permet d'introduire dans le système vasculaire, et en particulier dans le système artériel, des liquides ayant la propriété de coaguler l'albumine du sang ou tenant en suspension des particules solides assez tenues, et cela, en interrompant momentanément la circulation et en la rétablissant ensuite dans des conditions normales, de manière à déterminer la progression des matières coagulées ou introduites comme dans le mécanisme naturel de l'embolie.

Il a produit aussi une paralysie de la face par l'injection d'une petite quantité d'alcool dans la carotide primitive, en se servant du même procédé; la paralysie existait du côté de l'injection.

M. Boddaert présente trois lapins, dont deux à paralysie faciale; le troisième montre des phénomènes de parésie du côté du membre antérieur gauche, à la suite de la pénétration de particules solides dans la carotide interne gauche, le système carotidien externe correspondant ayant été passagèrement fermé.

M. le Dr Verriest, professeur à l'Université de Louvain, présente une *malade à existence double.* La patiente est ame-

née dans la salle des séances dans l'*état second* qui lui est habituel. Dans cet état, elle est d'un caractère vif et enjoué, elle s'exprime avec une facilité exceptionnelle dans un langage net et imagé. Sur le simple *ordre* qui lui en est donné par M. Verriest, la malade entre dans une espèce d'état cataleptique, dont elle se réveille après une ou deux minutes, dans un état de conscience nouveau: *l'état prime*. En ouvrant les yeux, elle est étonnée et confuse de se trouver au milieu de tout ce monde, elle veut se dérober et se couvre les yeux et le visage. Tout comme la malade du Dr Azam, elle a, dans ce nouvel état, le caractère plus sérieux et plus triste. Elle n'a aucun souvenir de tout ce qui lui est arrivé dans l'état second, et ne reconnaît personne qu'elle n'ait vu dans le même état prime. Elle ignore où elle est, comment elle est arrivée dans cette salle, comment et quand elle a quitté son village, etc. Dans cette état prime elle est muette, mais elle écrit avec facilité ce qu'elle veut communiquer. Son écriture ne présente aucune différence de l'écriture pendant l'état second. Pendant l'état prime elle peut boire, mais ne sait avaler aucune nourriture solide; l'inverse a lieu pendant l'état second.

L'état prime ne dure guère que quinze à vingt minutes. Au bout de ce temps, la malade s'endort *spontanément* et se réveille ensuite dans l'état second. Elle reste alors indéfiniment dans ce dernier état jusqu'à ce que *par ordre* — jamais spontanément — elle retourne à l'état prime. Cinq ou six personnes seulement ont ce pouvoir sur elle. Toutes les injonctions faites par d'autres n'aboutissent à rien. Pour calmer sa soif dans l'état second, la malade mange des fruits, des légumes aqueux, du pain trempé, etc.

Par une passe hypnotique, la malade est transportée dans un *état troisième*, qui diffère de l'état hypnotique ordinaire en ce que la malade conserve sa pleine et entière intelligence et toute son intégrité de jugement, et qu'aucune suggestion n'a prise sur elle.

Déshypnotisée, elle retombe toujours dans l'état second et ne conserve alors aucun souvenir de l'état troisième, pseudo-hypnotique. Dans l'état premier elle n'a pas plus souvenir de l'état troisième que de l'état second.

On peut ainsi la faire passer successivement et à volonté par trois états divers de conscience, et dans chacun d'eux elle montre une intelligence claire, vive et bien équilibrée. Que

devient devant un pareil cas l'hypothèse de Luys sur l'alternance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux?

M. Verriest fait passer la malade par ces différents états et démontre diverses particularités propres à chacun d'eux.

M. le Dr CHRISTIAN, médecin de l'asile de Charenton, lit une *Note sur la prétendue fragilité des os chez les paralytiques généraux.* Il relève les erreurs commises par certaines autorités médicales qui prétendent que dans la paralysie générale la fragilité des os a considérablement augmenté. Virchow et Litzmann entr'autres admettent une forme particulière de l'ostéomalacie dépendant des affections nerveuses. Mais un examen soigné des faits enregistrés jusqu'ici a prouvé que souvent on a eu affaire à une démence apoplectique, à l'alcoolisme, à l'ataxie ou une sclérose cérébro-spinale. Les statistiques allemandes et anglaises n'apportent guère un élément plus probant que les faits relatés en France. Gudden, sur 100 autopsies, a observé quatorze fois des fractures des côtes chez l'homme et deux fois chez la femme. Sur les quatorze hommes, il y avait 8 paralytiques.

Le Dr Christian, en 17 ans de pratique, n'a rencontré que quatre cas de fracture, et dans chacun le traumatisme extérieur n'était guère douteux. Il fait observer que les statistiques basées sur les autopsies n'ont aucune valeur, parce qu'il peut y avoir des fractures de côtes anciennes antérieures à l'entrée du malade dans l'asile, peut-être même antérieures à l'invasion de la maladie. Du reste les statistiques anglaises confirment que beaucoup de ces fractures ont été occasionnées par des violences extérieures; et, si on relate plus de fractures chez le paralytique général, c'est que celui-ci, en raison de son état maladif, est constamment exposé aux chutes. Sur 250 paralytiques observés par l'auteur, il n'a rencontré qu'une seule fracture, et encore le malade était-il diabétique.

M. le Dr B. INGELS, de l'hospice Guislain de Gand, confirme en tous points les données du Dr Christian. Pendant trente années de pratique dans un établissement contenant cinq cents malades, il n'a observé que trois fractures de côtes, dont aucune chez des paralytiques; elles s'expliquaient parfaitement par le traumatisme extérieur qui les avait occasionnées.

M. le Dr MARIQUE, de Bruxelles, entretient ensuite l'Assemblée des *localisations cérébrales.* Il rappelle les diverses catégories de preuves qui ont établi l'existence de régions

motrices corticales: — les preuves expérimentales par *excitation* galvanique (Fritz et Hitzig) et faradique (Ferrier) des régions excitables et non excitables, — *par destruction* ou énucléation d'une portion de l'écorce cérébrale (procédés nombreux) donnant lieu à des paralysies diverses, — *par les faits pathologiques* démontrant chez l'homme l'existence de troubles moteurs (épilepsie et paralysie) dépendant de certaines lésions de l'écorce cérébrale.

L'orateur rappelle la disposition particulière de l'encéphale du chien; chez cet animal les différents centres corticomoteurs sont réunis dans une région bien déterminée, le gyrus sigmoïde, dont les cellules se rattachent aux autres parties de l'écorce par des fibres d'association de trois directions. M. Marique dans ses expérimentations a tantôt énucléé le gyrus complètement, tantôt sectionné les trois ordres de fibres (et dans ces deux cas les résultats obtenus étaient les mêmes), tantôt sectionné seulement l'une ou l'autre des trois sortes de fibres. Il arrive à la conclusion que ces centres moteurs ne jouissent pas d'une activité spontanée, mais que cette activité prend naissance par suite des nombreuses excitations venues des régions voisines dites sensibles par les faisceaux d'association. Il en résulte que les actes dits volontaires ne sont que des réflexes tout comme les actes médullaires, que l'acte réflexe est la loi générale du système nerveux. Ce fait physiologique établi est d'une importance majeure et trouvera son application dans l'étude de la question de la responsabilité et des relations entre la folie et la criminalité.

Le professeur Benedikt fait remarquer que si, à la suite de pareilles expériences, quelque intéressantes et bien conduites qu'elles soient, on soulève la question de la responsabilité, on est certainement exposé à se tromper. Il est étonné d'entendre encore parler de centre psycho-moteur à la surface du cerveau. Il n'y en a pas: Hitzig le démontrait déjà. Une paralysie obtenue par mutilation de ces centres ne se maintient pas, elle n'est qu'un résultat du choc opératoire. C'est dans un centre sous-cortical que les conceptions se concentrent, et l'on ne sait pas quelles relations existent entre les centres superficiels et les centres plus profonds.

Toutes ces questions sont en litige.

Le Dr Marique remarque que si les paralysies produites par mutilation des centres psycho-moteurs disparaissent,

c'est grâce au mécanisme de la suppléance. Des expériences l'ont démontré. Il considère les centres moteurs comme des voies de passage. Ce sont les confluents de toutes les voies sensibles du cerveau.

S'il fallait rapporter les paralysies ainsi obtenues au choo opératoire, comment se fait-il qu'une section un peu plus éloignée n'en produit plus? La disposition anatomique tend également à confirmer ses vues.

Le professeur Benedikt ne veut pas discuter les expériences de M. Marique. Seulement il désire qu'on ne parte pas de faits discutés encore pour en tirer des conclusions prématurées. Les affirmations de Ferrier et de Charcot sont discutables.

Quant à lui, il croit d'autant plus à l'influence du choc que l'homme le ressent encore plus vivement que le singe ou le chien.

M. Giraud croit au mécanisme de la suppléance. Il cite une observation où elle lui semble évidente.

M. Ingels, médecin en chef de l'hospice Guislain à Gand, fait part à l'assemblée de quelques données cliniques sur les *relations entre l'épilepsie et l'idiotie.*

Ses observations sont basées sur l'étude des enfants recueillis dans la section spéciale de l'Hospice-Guislain. Sur 79 enfants actuellement présents à l'hospice, on compte 25 épileptiques; sur 398 enfants internés depuis l'ouverture de l'hospice en 1857 jusqu'au mois d'août 1885, il y en a 125 atteints d'épilepsie, soit le tiers environ.

Les idiots et imbéciles épileptiques se rangent en deux classes : une première où l'épilepsie est congénitale comme l'idiotie, une deuxième où l'épilepsie a déterminé une sorte de démence précoce. L'épilepsie n'exerce pas toujours la même influence sur la dégradation intellectuelle. Son action est brusque et foudroyante ou lente ou graduelle. Parfois même on constate un temps d'arrêt prolongé pendant des années. Ce sont précisément ces enfants qui paraissent retirer un si grand profit de l'éducation scolaire qu'on leur donne.

Séance du 9 septembre. — M. Semal dit qu'en étudiant les rapports de la criminalité et de la folie, il n'a pas eu pour but de créer des variétés particulières de l'espèce humaine et d'admettre un type normal, un type aliéné, un type criminel. Il ne veut pas non plus renverser, de fond en comble, les idées actuellement régnantes au point de vue de la crimina-

lité et de la pénalité. Il ne peut pas, du reste, tirer des conséquences immédiates, parce que le sujet est encore à l'étude.

On est d'accord généralement qu'il y a entre certains criminels et certaines catégories d'aliénés des points de ressemblance incontestable. Il désire qu'on fasse pour les criminels ce qu'on a fait pour les aliénés, et que l'on se demande si là où l'on croit voir aujourd'hui tant de perversité, il n'y a pas lieu d'admettre l'existence d'une maladie. C'est pourquoi il propose au Congrès de déclarer que les faits d'ordre clinique, pathologique et anatomique établissent la nécessité d'une enquête à faire dans les prisons sur l'état physique, moral et mental de certaines catégories de criminels.

M. le Dr Benedikt entre dans des développements très étendus au sujet de la criminalité; il laisse de côté la partie théologique pour ne s'occuper que des faits anatomiques et physiologiques et en arrive ainsi aux conclusions suivantes:

1. Rien ne justifie, ni ne démontre l'utilité d'une confusion générale des criminels professionnels avec les aliénés.

2. Chez les criminels professionnels, les qualités psychiques sont très limitées; il en résulte qu'ils sont mal équilibrés et que la supériorité d'une de leurs qualités normales leur est pernicieuse, parce qu'ils n'ont que peu ou pas de qualités compensatrices.

3. L'expérience que toute répression et toute éducation positive ne parvient pas à corriger un certain nombre d'individus, prouve que lesdits incorrigibles sont des individus diathésiques nés comme tels ou l'étant devenus dans la première enfance.

4. Les décisions de la justice seront plus justes et plus efficaces si à l'avenir les magistrats s'occupent davantage de la question de la responsabilité et de la peine dans le sens d'une hypothèse philosophique; d'un côté, dans la question de l'individu dangereux pour le maintien de l'ordre et des institutions de la société de même que pour son progrès intellectuel, moral et matériel, d'un autre côté, dans la question de savoir si un individu est corrigible ou si on doit recourir à des précautions spéciales pour l'empêcher de nuire.

5. Une série de crimes accidentels rattache la psychologie de la criminalité à la psychologie normale. Dans ce cas il existe une équation psychique avec des facteurs exagérés ou affaiblis d'une manière passagère.

6. Si les crimes sont commis dans un état de maladie ou

d'intoxication, on doit encore les ranger parmi les crimes accidentels. Dans ce cas, le criminel est un individu pathologique et doit être jugé comme tel; on pourrait même le classer parmi les épileptiques ou parmi les aliénés qui souffrent d'un processus pathologique.

7. Les autres crimes, et spécialement un grand nombre d'assassinats, se commettent sous l'influence d'une dégénérescence grave, congénitale ou acquise dans la première enfance.

Cette dégénérescence empêche le développement des sentiments et de la raison qui doivent maintenir l'équilibre psychologique dans les situations un peu critiques. Ce genre de criminels doit également être classé parmi les épileptiques et les aliénés en admettant une diathèse épileptique ou phréniatrique. On distingue les premiers des seconds en ce que leur situation anormale semble plutôt provoquée que sponane.

Il importe de remarquer ici que chaque diathèse atypique, sous-typique ou perverse, prédispose considérablement au développement d'une véritable maladie, et que même un véritable état pathologique peut ressembler à un état atypique, s'il n'existe plus de signes pathologiques manifestes.

8. Les criminels doivent être rangés en quatre cathégories. La première renfermerait les individus autrefois typiques devenus criminels par accident; dans la deuxième, on réunirait les diathésiques simples; dans la troisième, les malades et dans la quatrième les diathésiques dégénérés.

On jugerait et on traiterait les criminels suivant les résultats fournis par la psychologie descriptive.

La science exige que chaque cas soit étudié au point de vue de son mécanisme physiologique et c'est à elle encore que revient la tâche d'étudier quel est le traitement le plus convenable qui convient à chaque cas. La science ayant reçu ses bases exactes, l'opinion publique la suivrait et conséquemment la législation.

Pour atteindre ce but, il faut réformer l'éducation académique des magistrats et des avocats. Leur éducation actuelle pourrait être comparée à celle des médecins avant l'établissement des cliniques; ces derniers ne connaissaient que les opinions de leurs maîtres et l'esprit d'observation faisait presque complètement défaut.

L'auteur ne nie pas qu'il n'y ait parmi les magistrats des hommes qui ont une notion exacte de la psychologie des crimi-

nels; malheureusement ils n'acquièrent cette notion qu'après une longue pratique.

Pour ce motif, le professeur Benedikt propose au Congrès de décider qu'il y a lieu d'établir dans les prisons, et spécialement là où il y a à la fois un centre universitaire, des cliniques criminalistes, c'est-à-dire des cours pratiques où l'on s'occuperait de la psychologie des criminels.

M. le Dr Warnots, prosecteur à l'Université de Bruxelles, donne lecture d'un travail où il oppose aux criminalistes aliénistes les criminalistes anthropologistes qui plaident l'irresponsabilité de certains délinquants sans vouloir invoquer l'aliénation mentale. Son travail est essentiellement basé sur les vues de Lombroso, de Maudsley, etc., qui admettent une classe distincte d'individus voués d'avance au mal et qui sont appelés à devenir les délinquants « de profession », parce qu'ils sont inférieurement constitués au point de vue physique et que leur éducation est nulle ou imparfaite, ou bien qu'ils sont incapables d'être éduqués parce qu'ils vivent dans un milieu défavorable.

Au point de vue physique, on rencontre chez une série de ces délinquants des caractères primitifs d'atavisme; d'autres offrent des caractères pathologiques, et dans une troisième série on trouve la combinaison de l'atavisme et de l'état pathologique.

Au point de vue mental, on constate que ces individus manquent de sens moral; leurs affections, leurs passions sont caractérisques, très souvent excessives, d'autres fois très instables, etc.

Ils constituent au sein de la société des produits arriérés ou pathologiques.

M. Warnots demande à ce qu'il soit également tenu compte, dans la formule du vœu à émettre, de cette manière de voir basée sur toute une série de faits scientifiques des plus sérieux.

M. le Dr Semail reconnaît volontiers la part que les études anthropologiques peuvent fournir au point de vue du but qu'il poursuit. Toutefois il n'a pas voulu dégager la responsabilité du délinquant et déclare qu'il y a une série de délinquants autres que celle que M. Warnots nous a fait connaître. Il revient à son sujet : établir une enquête qui comprendrait à la fois l'étude anthropologique et — l'une est la conséquence de l'autre — l'étude du sens moral de l'état mental du délinquant. Il tient à signaler un point où il y a divergence entre

lui et M. Warnots. On ne peut confondre les dégénérés et les aliénés. Les aliénés héréditaires sont des dégénérés qui dès l'enfance montrent le caractère qui persiste plus tard.

M. le Dr Hack Tuke fait ressortir que M. Semal semble nier dans son travail la liberté de la volonté, sans nier la possibilité d'une responsabilité criminelle. Nier la liberté de la volonté correspond à l'action de nier toute responsabilité morale, et, en admettant ce principe, le rôle du médecin aliéniste se trouve anéanti. Il existe un rapport entre l'état mental de tout homme et son organisation cérébrale, mais si ce rapport existe pour les criminels, on doit également faire la part des circonstances ambiantes, l'éducation, les sentiments religieux, etc. Nous appuyons l'opinion de M. Semal que si certains criminels sont aliénés, d'autres ne le sont pas et doivent être rendus responsables; ces derniers auraient agi autrement s'ils s'étaient servi de leur volonté.

M. le Dr Van Andel (de Zutphen) voudrait que cette question fut abandonnée à la jurisprudence. Il se déclare dualiste, c'est-à-dire qu'il croit à l'union intime de l'âme et du corps pour constituer l'être humain; il combat certains faits que Darwin invoque dans son travail sur l'*Expression des émotions*.

Il ne croit pas au fait avancé par M. Semal, que la scaphocéphalie prédispose à la folie, et cite à l'appui que Minchin, Bernard Davis, Calori et d'autres encore ont rencontré des têtes scaphocéphaliques chez des hommes qui jouissent d'une intelligence supérieure.

M. le Dr Semal cite un fait de scaphocéphalie chez un aliéné, mais il se défend de l'idée que lui prête M. Van Andel et déclare qu'à son avis le scaphocéphale n'est pas nécessairement prédisposé à l'aliénation mentale.

M. le Dr Heger, professeur à l'université de Bruxelles, rappelle que les plus ardents partisans de l'anthropologie moderne ne croient pas que les déformations craniennes et autres soient liées à tel ou tel genre de folie ou impliquent nécessairement le développement d'une affection mentale chez le sujet qui les porte. Il cite à l'appui et ses propres recherches sur les crânes des assassins exécutés en Belgique et l'autorité de M. le professeur Benedikt. Il n'y a pas de forme spéciale de crâne à mettre en rapport avec la criminalité; mais c'est une obligation de conscience d'étudier les caractères physiques et moraux présentés par les criminels.

M. le Dr Houzée, de Bruxelles, demande à l'assemblée sur

quoi porterait l'enquête; il fait connaître que la Société d'anthropologie a publié à ce sujet un questionnaire. Il donne lecture des conclusions de son travail imprimé.

M. SEMAL est d'accord avec le préopinant pour proposer de formuler un questionnaire.

M. le Dr GOFFIN, de Bruxelles, lit une note pour confirmer que le travail de M. Semal se rapproche des méthodes suivies par les meilleurs esprits modernes en craniologie, physiologie et psychologie; il étend judicieusement l'étude faite par M. Magnan sur la perversion sexuelle. Il accepte l'hérédité comme un des principaux facteurs de la criminalité, mais il croit encore qu'on peut devenir criminel en dehors de l'intervention de cette cause. Cette distinction s'impose au point de vue psychologique et sociologique pour conserver entières les lois du Code pénal et les lois de la Société. M. Goffin est d'avis que ceux qui deviennent criminels doivent très souvent leur état à une éducation vicieuse.

Après un échange d'observations entre MM. Benedikt, Semal, Heger, Mierzejewski, Houzé, Garnier, Warnots, etc., l'assemblée admet les conclusions suivantes :

Le Congrès, en présence des faits d'ordre anatomique, physiologique et clinique qui démontrent l'utilité des recherches sur la situation morale et physique des criminels, émet le vœu :

1° Que les pouvoirs publics favorisent la continuation de l'enquête entreprise sous les auspices de la Société de Médecine mentale de Belgique ;

2° Qu'une commission où seront également représentés la magistrature, l'administration supérieure pénitentiaire et l'élément médical, soit chargée d'organiser cette enquête qui portera :

a. Sur les prévenus soupçonnés d'aliénation mentale ;

b. Sur les individus ayant commis, en état de folie reconnue, un crime quelconque ;

c. Sur les grands criminels et les récidivistes ;

d. Sur les détenus reconnus aliénés dans le cours d'une détention.

Sur la proposition du professeur Benedikt, le Congrès a émis ensuite le vœu de voir s'établir l'institution des cliniques criminalistes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Année 1885

Séance du 7 septembre — PATHOLOGIE. — *Les anesthésies apparentes et les sensations retardées dans les névroses.* Note de M. V. REVILLOUT. Chez un très grand nombre d'hystériques et d'hystéro épileptiques, des deux sexes, étudiés par moi dans les divers hôpitaux de Paris, j'ai constaté qu'il n'y avait pas en réalité une paralysie proprement dite de la sensibilité, mais une sorte d'obtusion se traduisant par un retard plus ou moins notable, après lequel la sensention, quand elle se prolonge, pénètre jusqu'au *sensorium commune.* Dans mes expériences, j'ai eu recours au pincement énergique, soutenu et même progessivement accru, plutôt qu'aux piqûres. Avec l'aiguille, il est très difficile de toucher juste le même point, lorsque l'on cherche à prolonger la cause de sensation par la répétition rapide des piqûres sur un même filet nerveux, et à mesurer l'intervalle après lequel cette sensation se fera jour jusqu'au *moi* conscient. Il suffit d'un retard de cinq ou six secondes dans les sensations provoquées par une impression continue, pour qu'après avoir enfoncé une aiguille à travers les chairs (où une fois qu'elle a pénétré elle ne cause plus de douleur, même chez les personnes les plus sensibles), on soit conduit à supposer une anesthésie absolue. Mais souvent aussi, chez d'autres malades classés dans les mêmes catégories, il faut prolonger le pincement cinq, dix, quinze minutes, ou même davantage, pour qu'une sensation consciente entre en jeu.

On peut dire que l'échelle est complète au point de vue des retards de la sensibilité chez les malades affectés de névroses. Chez quelques-uns, ce sont ces retards très légers que Cruveilhier avait observés et décrits dans l'ataxie locomotrice: toutes les sensations sont perçues, mais un peu de temps après avoir été causées; chez d'autres, des retards

plus longs, qui exigent une impression plus étendue, au moins en surface, pour la mise en jeu du centre conscient; chez d'autres, des retards plus longs encore: la continuité de l'impression devient nécessaire, autrement elle passe inaperçue, comme elle peut le faire chez un homme préoccupé par une passion violente ou une grande tension d'esprit. Souvent même, dans ces conditions, la sensation, une fois provoquée, n'apparaît pas telle qu'elle devrait être. Le malade qu'on pince commence par accuser l'impression que lui produirait un contact superficiel, le passage d'une mouche, ou une pression simple, ou même l'éveil d'une sensation de température, de chaud ou de froid. Dans les cas les plus accentués que j'aie rencontrés et où le retard se prolongeait jusqu'à une demi-heure et plus, il arrivait aussi que des sensations autres se manifestaient dans la même région, sans que le malade, qui auparavant n'y sentait absolument rien, rapportât d'abord ce qu'il éprouvait au point précis où l'excitation était appliquée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 octobre. *Suggestion et troubles vaso-moteurs.* — M. BROWN SEQUARD. On sait que certaines lésions des centres nerveux (cerveau, moelle, etc.) déterminent des congestions, des apoplexies dans certains organes, les capsules surrénales, les reins, le foie, le poumon, etc. Je me demande donc si, employant la méthode des suggestions qui ont déjà donné de si brillants résultats, on ne pourrait pas, grâce à elles, produire sans lésion des phénomènes semblables, et si cela ne serait pas un moyen de faciliter l'étude de certaines influences vaso-motrices encore mal connues.

M. DUMONTPALLIER. Il est certain que la suggestion produit des effets vraiment incroyables. On sait que j'ai pu, chez des hystériques, déterminer de la rubéfaction, de l'hyperthermie cutanée. J'ai pu aussi, encore par simple suggestion, faire cesser des hémorrhagies stomacales se produisant chez des femmes nerveuses, au moment des menstrues, et rendre à un côté du corps qui présentait un abaissement det empérature, sa température normale.

Il y a même là un moyen thérapeutique puissant, parce que, peu à peu, par une série de suggestions répétées et toujours les mêmes, on arrive à guérir une foule de troubles de cette espèce.

Marche dans les maladies du système nerveux. — MM. Gilles de la Tourette et Londe ont étudié dans le service de M. Charcot, pendant les années 1884 et 1885, la marche dans les maladies du système nerveux, au moyen de la méthode des empreintes. Ils ont pris pour base de leurs investigations la longueur du pas, l'écartement latéral des pieds, et la valeur de l'angle d'ouverture de ceux-ci avec la ligne d'axe sa directrice. Après avoir établi, comme terme de comparaison, la valeur de ces différents facteurs chez dix hommes sains et chez dix femmes adultes, ils ont divisé les marches pathologiques en bilatérales et unilatérales. Le premier groupe comprend le type rectiligne et titubant. Dans le type rectiligne se rangent la démarche spasmodique à ses trois périodes pouvant elles-mêmes se compliquer de titubation comme dans la sclérose en plaques; la marche de la paralysie agitante avec ou sans déformation des orteils. Comme intermédiaire se trouve, très étudiée, la marche dans l'ataxie locomotrice. La marche unilatérale comprend surtout le grand groupe de l'hémiplégie, qui se divise en plusieurs sections. La première comprend l'hémiplégie flasque, divisée en deux périodes; la seconde l'hémiplégie spasmodique, divisée en trois périodes correspondant aux périodes semblables de la démarche spasmodique bilatérale. Chemin faisant se placent les variétés rares en talus, l'hémiplégie infantile et les cas compliqués d'hémichorée. Les présentateurs insistent, en terminant, sur ce fait : que le pas pathologique, pour ne pas dire la marche, est toujours plus régulier en lui-même que le pas ou la marche normale, et cela sous le triple rapport de la longueur du pas, de l'écartement latéral et de l'angle d'ouverture des pieds. Ceci est facile à comprendre: car, dans le premier cas, c'est l'individu qui marche et qui peut modifier ou varier sa marche ; dans le second cas, c'est la maladie elle-même qui marche et non le malade, et si celui-ci a quelque puissance, il l'emploiera à régulariser encore le type de locomotion créé par la maladie elle-même.

Localisations cérébrales. — M. Dupuy aobservé qu'il en était des centres sensitifs comme des centres pycho-moteurs.

Les localisateurs les plus acharnés ont fini par étendre les limites qu'ils avaient assignées tout d'abord aux centres moteurs ; il faut faire de même aujourd'hui pour les centres sensitifs où la lésion d'un point très nettement précisé, comme correspondant à la sensibilité de telle ou telle partie du corps, détermine des troubles de la sensibilité générale et spéciale très étendus. A force de rayonner sur les parties environnantes, les centres finiront par ne plus exister.

Séance du 25 octobre. *Effets dynamiques des excitations sensorielles.* — M. CH. FÉRÉ. Dans mes communications précédentes, j'ai montré quel était l'effet dynamogène de certaines excitations sensorielles. J'ai recherché depuis quelle puissance dynamogénique possédait la vue d'un objet en mouvement. A cet effet, je me suis servi d'un cylindre animé d'un mouvement de rotation plus ou moins considérable et j'ai observé une augmentation d'un tiers de la force environ. Ce qu'il y a de plus étrange c'est que les effets varient suivant la direction des mouvements du cylindre : on obtient les plus grands résultats dynamogènes dans le sens *sinistro-dextre* et les moindres effets dans le sens *dextro-sinistre.* Ces conclusions donnent un certain crédit aux recherches antérieures de Gaetan Delaunay sur le sens de la direction.

Enfin, sous l'influence de la vue de ce cylindre en mouvement, la figure prend une apparence de satisfaction marquée, ce qui indique bien que tous les muscles du corps, sous l'influence de cette excitation sensorielle, entrent bien dans une sorte d'éréthisme. Au reste, l'expression de la satisfaction ne doit pas être localisée, comme le faisait Duchenne de Boulogne, dans quelques muscles de la face, zygomatiques et orbiculaire des paupières. C'est une sorte d'érection musculaire généralisée, comme Gratiolet l'a justement fait remarquer.

Histologie des nerfs. — M. RAPHAEL BLANCHARD dépose une note de M. Adamkieviktz, qui, à l'aide de ses procédés de coloration à la safranine, a pu découvrir un nouvel élément de la structure histologique des nerfs. Cet élément est le corpuscule nerveux, qui, avec la safranine, se présente sous la forme d'un croissant rouge orangé, situé sous la gaîne de Schwann, mais bien distinct des noyaux de cette gaîne. — Ce corpuscule contient, du reste, à son centre, un noyau ovalaire qui, lui, reste absolument incolore.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Année 1885.

Séance du 18 mai — *Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire* (suite) (1). — M. Magnan présente une malade atteinte de folie héréditaire (dégénérescence mentale) qui offre un exemple, non seulement de la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même sujet, mais encore de l'apparition successive, à diverses époques, de différents symptômes épisodiques de la folie héréditaire. Chez cette malade la folie héréditaire, le délire épileptique, le délire alcoolique ont évolué côte à côte, sans se confondre, chacun d'eux se présentant avec ses caractères spéciaux.

M. Briand. — A propos des stigmates psychiques dont vient de vous parler M. Magnan, permettez-moi de vous rapporter un certain nombre de faits qui me semblent procéder du même ordre d'idées; je n'ai pas sous la main les observations complètes, mais en voici les points saillants. C'est, d'abord, un officier de marine des plus distingués, appelé à un brillant avenir et qui ne peut, à certain moment et même dans les circonstances les plus sérieues, s'empêcher de crier plusieurs fois de suite le mot de Cambronne, en déjetant brusquement la tête sur l'une des épaules. Dans le même port se trouve un autre officier, auquel il est impossible de franchir d'emblée le plus léger obstacle et qu'on rencontre fréquemment, un pied sur le trottoir et l'autre sur la chaussée, hésitant avant de passer un ruisseau. Ce n'est qu'après être revenu en arrière, à plusieurs reprises, qu'il prend enfin l'élan décisif qui lui permettra de traverser. Cette opération dure souvent plus d'un quart d'heure. Une de ses sœurs est aliénée (délire des négations avec idées mystiques); l'autre est d'une religiosité exagérée. Je connais également une demoiselle d'une vingtaine d'années, fille d'un excité maniaque à idées ambitieuses, qui, depuis la plus tendre enfance, tourne sur elle-même pendant des heures entières; elle a tellement conscience de l'étrangeté de cette impulsion que, pour se dérober aux regards, elle se renferme

(1) Voyez l *Encéphale*.

dans sa chambre les jours où elle sent qu'elle n'y résistera pas ; cette jeune fille, qui de tout temps a été bizarre, est plus menteuse qu'on ne saurait l'imaginer, et invente à plaisir des histoires impossibles qu'elle raconte avec l'accent de la plus sincère vérité. La vue d'une tache de vin l'impressionne très vivement; son père présente cette même particularité. Enfin, je voudrais raconter encore l'histoire d'une enfant de sept ans, fille d'un délirant mélancolique à idées hypocondriaques; elle se nourrit exclusivement de pain et de fromage, sous prétexte que la viande contient des os susceptibles de l'étrangler et que les légumes qui ont touché à la viande pourraient en dissimuler. Il m'a été impossible, à une première entrevue, de faire surgir cette explication qu'elle avait donnée, il y a longtemps, à ses parents, et sur laquelle elle n'avait plus voulu revenir. Cependant, appelé à voir le père qui, dans le cours d'un nouvel accès mélancolique, refusait de s'alimenter, je me fis présenter l'enfant pour rechercher si elle ne portait pas certaines tares héréditaires; mon interrogatoire était fini et j'allais la rendre à ses parents sans avoir trouvé rien de bien notable en elle, si ce n'est qu'une grande vivacité intellectuelle avec une prodigieuse mémoire, lorsque, par hasard, la mère me rappela que la fillette se nourrissait exclusivement de pain et de fromage. Désireux d'obtenir de l'enfant l'aveu du motif qui lui faisait repousser les autres aliments, je l'interrogeai avec insistance. Elle se refusa d'abord à toute explication : prières, sollicitations, rien n'y fit, enfin je la menaçai de lui faire avaler de force une grosse bouchée de viande, si elle ne me donnait la cause de sa répulsion. Alors, elle m'avoua que toujours elle avait été poursuivie par l'idée qu'elle serait étranglée par un os. Elle est, en effet, prise d'accès d'étouffements, et sa figure exprime une très vive terreur, dès qu'on met dans son assiette des fragments de viande. Les parents ont cessé de sévir contre elle, et l'enfant ne paraît pas d'ailleurs souffrir de son régime. L'isthme du gosier ne présente rien d'anormal; la voûte palatine est très ogivale. Pas d'asymétrie faciale.

Séance du 27 juin. — *Du poids des lobes frontaux, des lobes occipitaux, et des régions pariéto-temporales, selon le sexe, l'âge, d'après les registres de Broca.*

M. Ph. Rey. — Je termine le dépouillement des matériaux laissés par Broca. Cette dernière partie est extrêmement importante : elle comprend le poids de trois régions cérébrales,

les lobes frontaux, les lobes occipitaux et les régions pariéto-temporales. Ces divisions ont été pratiquées sur chaque hémisphère après l'enlèvement des membranes. La délimitation que Broca avait adoptée pour ces différentes parties du cerveau est la suivante : pour le lobe occipital, la scissure perpendiculaire interne et externe. Il n'a pas isolé les lobes pariétaux, la délimitation entre eux et les lobes temporaux étant loin d'être nettement indiquée. C'est pourquoi il a compris toute cette région dans une seule pensée.

Le nombre des observations complètes, c'est-à-dire portant sur les trois régions, est de 231 pour les hommes et de 116 pour les femmes.

Je me bornerai à donner les résultats qui m'ont paru nettement établis par les chiffres.

Je dois, auparavant, citer les travaux déjà publiés sur cette question, et qui sont peu nombreux. Ils se réduisent, je crois, aux recherches de Huskhe, de Bischoff et celles plus importantes de Meynert, qui portent sur des cerveaux sains et sur des cerveaux d'aliénés. M. Foville a fait l'analyse du travail de Meynert dans les *Annales médico-psychologiques* de l'année 1869, t. II. Malheureusement nos résultats ne peuvent pas être comparés à ceux que ces différents auteurs ont obtenus; les divisions ne portent pas sur les mêmes régions cérébrales. J'ajoute que M. Topinard a consulté ce registre et donné quelques résultats généraux, dans son nouveau traité d'anthropologie.

L'ensemble des 231 cas chez les hommes et des 116 cas chez les femmes, sans distinction de l'âge ni de la taille, donne les moyennes suivantes :

HOMMES.

	Lobes frontaux.	Lobes occipitaux.	Lobes pariéto-temp.
Droit..	238.3	55.6	262.9
Gauche.	239.9	55.1	260.6
	478.2	110.7	523.5

FEMMES.

	Lobes frontaux.	Lobes occipitaux.	Lobes pariéto-temp.
Droit..	203.4	48.4	222.4
Gauche.	205.05	47.5	221.1
	408.45	95.9	443.5

Le rapport de ces différentes parties au cerveau s'exprime ainsi : Lobes frontaux : 1 :: 2,33. Lobes occipitaux : 1 :: 10,66. Région pariéto-temporale : 1 :: 2,12. Chez les femmes : Lobes frontaux : 1 :: 2,32. Lobes occipitaux : 1 :: 9,88. Région pariéto-temporale : 1 :: 2,13.

On peut voir la différence de poids entre les trois régions : la masse pariéto-temporale a plus de poids que la région frontale; mais, si les lobes pariétaux et les lobes temporaux étaient séparés, la région frontale l'emporterait de beaucoup.

Ce même rapport exprime une différence sexuelle importante : pour les lobes frontaux et les lobes occipitaux, il est un peu plus élevé chez les femmes. Nous verrons bientôt et plus nettement encore cette influence du sexe.

L'examen comparatif des différents lobes, pour chaque hémisphère, nous met en présence de plusieurs faits très importants :

Chez les hommes, d'abord : *le lobe frontal gauche a plus de poids que le lobe frontal droit.*

Broca, avec quelques observations extraites de ce même registre, avait noté cette prédominance du lobe gauche, et il était disposé à voir, dans ce fait, l'influence de la circonvolution à laquelle il a attaché son nom. (Société d'Antropologie, séance du 4 novembre 1875.) Le rapport de chacun des lobes frontaux au cerveau, et à l'hémisphère correspondant, permet de saisir cette différence.

	Cerveau = 100.	H. D. = 100	= H. G. = 100
Lobe frontal droit..	21,4	42,8	»
— gauche.	21,5	»	43,1
	42,9		

La prédominance du lobe frontal gauche est constante, quel que soit le poids du cerveau ; mais il est à remarquer que l'écart entre les deux lobes diminue avec le poids de l'organe tout entier; ainsi, pour des cerveaux au-dessus et au-dessous de la moyenne, l'écart est respectivement de 3, 5 et 2, 2.

Pour les lobes occipitaux et les régions pariéto-temporales, c'est le *côté droit qui l'emporte sur le gauche.* La différence est faible entre les lobes occipitaux = 0, 5 ; elle est au contraire plus élevée pour la région pariéto-temporale = 2, 3; et elle est à peu près invariable quel que soit le poids de l'encéphale.

Le rapport au cerveau étant représenté par 100, les lobe occipitaux = 9,9; les lobes pariétaux = 47,1.

Chez les femmes, le *lobe frontal gauche est plus lourd que le droit, différence* = 1,6.

Le rapport des lobes frontaux au cerveau présente cette particularité que j'ai déjà signalée plus haut : ce rapport est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

	Cerveau = 100	H. D. = 100	H. G. = 100
Lobe frontal droit....	21,4	42,9	»
— gauche..	21,6	»	43,3
	43		

Pour les régions pariéto-temporales, ce rapport est plus faible chez les femmes. Si l'on considère les chiffres absolus, c'est sur ces régions que porte la différence sexuelle la plus sensible.

Influence de l'age. — Si on prend deux catégories : les sujets de 15 à 55, et les sujets de 55 à 85 ans, on a les moyennes suivantes :

Ages.	*N° de cas*	*L. fr.*	*L. occ.*	*Pariéto-temp.*
15 à 55...	138	245,5 — 246,8	58,8 — 55,4	271,7 — 269,9
55 à 85...	96	224,6 — 224,6	54,7 — 54,8	244,5 — 235,5

On trouve ici la confirmation de quelques résultats déjà obtenus, savoir, que chez les adultes la prédominance du lobe frontal gauche est plus marquée que chez les vieillards.

Le rapport de ces différentes parties du cerveau indique que la perte de poids subie, dans la vieillesse, par les lobes frontaux et les lobes occipitaux, n'est pas proportionnelle à la perte de poids subie par le cerveau tout entier. Ce rapport est, en effet, à peu près le même pour les deux catégories de sujets; il est même un peu plus élevé dans la seconde catégorie, c'est-à-dire chez les vieillards.

Pour les régions pariéto-temporales, au contraire, le rapport du cerveau est plus faible chez les sujets les plus âgés. Il me semble que c'est sur ces régions que portent les variations les plus grandes. D'une manière absolue et d'une manière relative, la perte du poids subie par elles est très sensible; les résultats sont identiques si, au lieu de prendre ces deux grandes divi-

sions, on compare des périodes plus rapprochées, par exemple de 15 à 35 ans, de 45 à 65 ans.

Chez les femmes, pour les mêmes périodes, de 15 à 55 et de 55 à 85, ces moyennes sont les suivantes :

Ages.	*N° de cas*	*L. fr.*	*L. occ.*	*L. G.*
15 à 55...........	38	423,1	95,2	468
55 à 85...........	79	402,10	93,7	427,4

Comme chez les hommes, l'influence de l'âge se fait particulièrement sentir sur les régions pariéto-temporales, ainsi que l'indiquent les chiffres absolus et le rapport au poids du cerveau :

15 à 55...........	42,5	9,8	47,8
55 à 85...........	43,03	10,03	40,4

On voit encore dans ce rapport, au poids du cerveau, que, dans l'âge adulte, les hommes ont proportionnellement plus de lobes frontaux, et que, dans la vieillesse, la proportion est plus élevée chez les femmes.

Cherchant à déterminer l'âge auquel chacune des régions cérébrales atteint son développement maximum, j'ai obtenu les résultats suivants :

Chez les hommes, pour des périodes de 10 en 10 ans, les lobes frontaux ont atteint leur poids le plus fort à 35 ans, époque du développement maximum du cerveau tout entier.

Ages	*L. fr.*	*L. occ.*	*Pariéto-temporal*
15 à 35...........	490,6	110,3	548,7
35 à 55...........	470,9	107,5	517,6
55 à 85...........	448,6	109,5	480,0

Les lobes occipitaux, c'est la même période de 35 ans.

Pour les régions pariéto-temporales, leur poids total est sensiblement le même à 25 qu'à 35 ans. Le poids maximum de cette région semblerait donc être plus précoce. De 25 à 5 ans c'est, d'après nos chiffres, la partie gauche qui compléterait son développement. On obtient un résultat identique en réunissant les régions occipitales et pariéto-temporales. La région postérieure et moyenne du cerveau a sensiblement le même poids, de 25 à 35 ans, tandis que la région antérieure se dévelοppe encore très nettement jusqu'à 35 ans.

Ages	*Lobes antérieurs*	*Lobes occipit.*		*Pariéto-temp.*
15 à 25.......	241 — 241,08	531,5	—	328,9
25 à 35	257,2 — 258,8	336,8	—	331,4

Chez les femmes, pour les lobes antérieurs, il y a peu de différence à 25 et à 35 ans, mais pour les lobes moyens et postérieurs réunis, le développement est manifestement plus marqué à 25 ans.

Ages	*Lobes antérieurs*	*Lobés moyens et postérieurs*
15 à 25.........	431	587,7
25 à 35.........	428,4	577,4

Ces faits relatifs aux régions occipito-pariéto-temporales ne viendraient-ils pas confirmer les résultats que M. Féré a exposés dans son travail sur le développement du cerveau et du crâne (*Revue d'anthropologie, 1879*), savoir : que chez le fœtus, la région postérieure présente un développement plus grand que les autres régions, et que leur accroissement précède celui des régions antérieures ?

Il semble résulter encore de ces recherches que les principales variations pondérales portent sur la région pariéto-temporale, et que, par conséquent, cette région présente un intérêt tout particulier, dans l'étude de l'évolution cérébrale.

Quelques observations sur le délire épileptique. — M. le Docteur Riu communique deux observations de délire épileptique desquelles il tire les conclusions suivantes :

Les actes commis par les épileptiques sous l'influence de l'ictus, sont le reflet de l'état mental normal ou pathologique de ces malades. Cet état mental varie et peut se modifier, non seulement par la médication bromurée ou autre, mais aussi par les circonstances, le temps et le milieu dans lequel vit ce malade.

C. V.

BIBLIOGRAPHIE

MORTON PRINCE M. D. — **The nature of mind and human automatism.** Philadelphia, 1885.

Ceci est un livre principalement psychologique, dont le but essentiel est de déterminer la nature des rapports qui existent entre l'esprit et le corps, ou, pour mieux dire, entre l'esprit et le cerveau, son organe. L'auteur avertit qu'il s'est efforcé avant tout de se tenir sur le terrain de la psychologie et de la physiologie, et c'est pour cela qu'une analyse de son œuvre trouve naturellement ici sa place. Toutefois les questions dont il s'agit sont telles qu'il était impossible de ne pas entrer, à leur sujet, dans les considérations de philosophie pure avec lesquelles elles ont une connexion étroite. Au point de vue médical cela est un défaut; mais l'auteur a su donner à son livre une cohésion si parfaite; les discussions philosophiques et les notions de physiologie s'enchaînent et se suivent d'une manière si naturelle, que le défaut disparaît en grande partie. L'œuvre est intéressante à étudier, bien qu'elle soit un peu abstraite sur certains points, et elle mérite de tenir un rang honorable parmi celles qui traitent les questions du même genre.

Nous devons ajouter d'ailleurs que le sujet dont il s'agit est de ceux qui de nos jours attirent particulièrement l'attention. De nombreux mémoires destinés à l'élucider ont été publiés, depuis quelques années, en France comme dans les pays voisins. M. Morton Prince nous présente à son tour une thèse qui est, sinon absolument nouvelle, du moins peu connue, peu répandue. Cette raison, indépendamment même des mérites intrinsèques que la thèse peut avoir, justifierait donc qu'on s'en occupe.

Le livre de M. Morton Prince est divisé en deux parties principales : dans l'une il est question de la nature de l'esprit et de ses rapports avec la matière; dans l'autre il est question de l'automatisme humain. Cette dernière partie est en quelque sorte une conséquence de l'autre.

L'auteur commence par exposer les notions généralement admises aujourd'hui sur les relations qui existent entre

l'esprit et le corps. Ces notions peuvent se résumer de la manière suivante : Toute pensée ou idée, toute sensation, toute émotion est associée à une modification physique produite dans la matière cérébrale. Il y a entre les deux ordres de faits une corrélation étroite. Aucun acte intellectuel ne s'accomplit sans qu'il y ait dans le cerveau une modification physique correspondante, et en même temps, dans les conditions normales, aucune modification physique ne survient dans le cerveau sans que son activité se manifeste d'une manière ou de l'autre.

Cette dernière partie de la proposition ne doit pas être prise d'une manière trop absolue. Mais néanmoins elle contribue à exprimer nettement l'essence des relations qui existent entre l'intelligence et son organe.

Or il s'agit précisément d'expliquer l'espèce d'association formée entre celui-ci et celle-là. Y a-t-il coexistence de deux phénomènes différents, de deux activités différentes ? ou bien l'une défend-elle l'autre. ?

M. Morton Prince ramène à deux théories principales ce qui a été dit sur ces questions.

D'après l'une de ces théories, qu'il appelle « théorie des fonctions », la modification physique et l'acte intellectuel ou état de conscience sont deux fonctions différentes. La mise en jeu de l'une éveille l'activité de l'autre.

D'après la seconde théorie, dite « théorie des aspects », la modification physique et l'état de conscience sont deux manières d'être différentes, propres à la même substance ; l'une de ces manières d'être est subjective, l'autre est objective.

Ces théories sont assez simples; mais en réalité, lorsqu'on les approfondit et qu'on cherche à en faire l'application directe, on reconnaît bientôt qu'elles ne rendent pas parfaitement compte de tous les faits.

M. Morton Prince estime donc qu'il faut trouver une autre solution, et voici celle qu'il propose :

Au lieu d'admettre qu'il n'y a qu'une seule substance douée de deux propriétés ou « aspects », l'esprit et le mouvement, il faut reconnaître qu'il n'y a qu'une seule substance, l'esprit ; l'autre propriété *apparente*, l'autre aspect, le mouvement, n'est que la manière, le mode dont cette substance réelle, l'esprit, est en quelque sorte supportée, *saisie* par un second organisme. Il n'y a de sensations, d'actions dans le second organisme que sous l'influence de la substance réelle, l'esprit.

On conçoit aisément que cette proposition, pour être bien comprise, a besoin d'explications dans lesquelles l'auteur est pleinement entré, et où nous ne pouvons le suivre. Qu'il nous suffise de dire que la base principale en est la distinction entre les dispositions subjectives et le monde objectif. Le subjectif, dit M. Morton Prince, comprend nos idées et nos impressions ; l'objectif comprend toute cette masse d'activités, qui nous sont en réalité étrangères et inconnues, que par convention, on regarde comme subjectives et que l'on désigne par le terme de sensations. Les sensations ne sont que l'action de l'organisme, réagissant sous l'influence des activités externes et inconnues.

Reste à donner les preuves de la théorie ainsi établie. L'auteur les prend dans les notions, dans les connaissances physiologiques, et voici comment il les expose : Tout état de conscience a son siège dans le cerveau. Tout état de conscience s'accompagne d'une modification moléculaire dans la substance cérébrale. Ces deux points sont hors de conteste. Il faut y ajouter un autre principe, moins universellement admis, mais qui cependant paraît aussi incontestable ; c'est que non seulement tout état ou acte de conscience s'accompagne d'une modification moléculaire dans la substance du cerveau, mais aussi que l'un est sous la dépendance de l'autre, encore que nous ne sachions pas comment cela se produit.

En effet, sans le cerveau, sans l'activité cérébrale, il ne peut y avoir d'intelligence, d'état de conscience. Les lésions du cerveau nuisent au développement, au fonctionnement de l'esprit, ou même l'empêchent absolument. Les modifications diverses que la maladie amène dans le cerveau retentissent sur les manifestations intellectuelles.

Ce n'est pas à dire, et M. Morton Prince insiste sur ce point, que le cerveau produise, *sécrète* l'esprit ; mais il en est l'instrument indispensable ; et tant vaut l'instrument, tant vaut l'esprit.

Quels sont les liens qui unissent l'un à l'autre ? Quelle est la nature de leur dépendance respective ?

M. Morton Prince élimine plusieurs explications qui ont été données. Il établit que l'esprit n'est pas un produit du cerveau, à la manière dont la bile, par exemple, est un produit du foie. Il montre qu'il n'y a pas simplement parallélisme entre la manifestation intellectuelle et le fonctionnement cérébral. Il rejette également une explication que

Maudsley a récemment soutenue, et d'après laquelle l'état de conscience résulterait d'un mouvement produit par les modifications moléculaires des cellules cérébrales dans une substance appelée l'éther, laquelle pénètre toute matière, et par conséquent le cerveau lui-même.

A la place de ces diverses explications, M. Morton Prince en propose une nouvelle, qui lui appartient presque complètement en propre, et que l'on peut regarder comme la base de tout son ouvrage. Il la formule ainsi : L'état de conscience ou acte intellectuel est le fait même de la modification produite dans les relations mutuelles des molécules essentielles du cerveau. Il consiste précisément dans la modification, soit physique soit chimique, qui se fait entre les cellules cérébrales.

Suivant cette théorie l'état de conscience est l'activité cérébrale inconnue, qui est inhérente aux phénomènes que l'on appelle modifications nerveuses ou mouvements nerveux. On peut dire que c'est une altération momentanée des rapports que les cellules protoplasmiques du cerveau ont entre elles. L'état d'esprit et la modification ne sont qu'une seule et même chose.

Pour donner à ces propositions leur entier développement, il faudrait reproduire presque complètement deux chapitres où il est traité de la nature de l'esprit, et de la corrélation des forces. Ces deux chapitres sont si essentiellement philosophiques que nous nous bornons à les mentionner.

La seconde partie de l'ouvrage, où il est question de l'automatisme, n'est en général que l'application de la doctrine précédemment formulée, à l'aide de laquelle l'auteur explique la plupart des phénomènes de l'activité intellectuelle. Bien qu'elle soit aussi développée que la première partie, nous ne la résumerons que par des indications sommaires.

Partant de cette donnée que la matière en général est par elle-même inerte, qu'elle ne peut subir de modifications que sous l'influence d'un agent étranger, l'auteur montre que la matière du cerveau doit obéir à la loi commune, appelée loi d'inertie. Par suite, puisque la conscience consiste dans le fait même du fonctionnement des cellules nerveuses, elle est évidemment passive, et non active; ce qui revient à dire que les mouvements, les idées, les sensations, les émotions ne se développent que sous l'influence d'un stimulant étranger à leur centre de production. Autrement dit encore, les actes musculaires ou intellectuels sont des actes réflexes.

La conséquence logique de ces notions, c'est que les actes dont il vient d'être question sont automatiques, puisqu'ils n'ont pas de spontanéité proprement dite.

Mais comment concilier la théorie de l'automatisme, ainsi entendue, avec la liberté de la pensée, avec la liberté de l'intelligence humaine? Cette liberté est indéniable ; le Moi peut spontanément prendre des déterminations. Si, par automatisme, il fallait entendre que les actions résultent simplement du jeu d'un mécanisme tout matériel, tout corporel, et qu'elles échappent à l'influence de l'esprit, les deux choses seraient absolument inconciliables. Mais en considérant que le Moi est une chose complexe, qui comprend l'idée, le désir, le motif qui pousse à satisfaire le désir, et les moyens qui sont pris pour le satisfaire, on reconnaît que, dans la production des actions, ces divers éléments peuvent agir les uns sur les autres d'une manière purement automatique. C'est bien l'idée d'une chose qui détermine à agir ; mais l'idée elle-même est consécutive à une impression qui lui est essentiellement étrangère, et qui la fait naître automatiquement.

Ce que nous relatons ainsi brièvement fait la matière de trois chapitres importants où il est successivement parlé du caractère réflexe des idées, de la conscience considérée comme agent de la détermination de nos actes, enfin de la détermination spontanée.

C'est ici que se terminent, à proprement parler, les développements qui constituent la thèse soutenue par M. Morton Prince, et les considérations naturelles qui en découlent. L'auteur a ajouté un dernier chapitre où il examine ce qu'est le matérialisme et ce qu'il entend par ce mot. « Je ne suis pas matérialiste, dirait-il avec Huxley, car je suis incapable de concevoir l'existence de la matière, sans admettre qu'il y ait une intelligence où doit venir se former l'idée de cette existence. » C'est bien là en effet l'essence du spiritualisme. Cependant M. Morton Prince n'hésite pas, d'après les termes de la thèse qu'il soutient, à se dire matérialiste. Et effectivement, si l'on reconnaît que la production des états de conscience est le résultat du fonctionnement des molécules cérébrales, on déclare, par le fait même, que sans la matière cette production est impossible. Mais cette conception n'a rien d'humiliant pour la nature humaine, et n'est point incompatible avec l'idée qu'on peut se faire de la suprématie et des attributs les plus nobles du genre humain. En réalité, dans

ces conditions tout le monde est matérialiste, car il n'est personne qui n'admette que l'intelligence et le cerveau ne peuvent fonctionner l'un sans l'autre.

L'ouvrage de M. Morton Prince est plein de hautes idées et de larges conceptions. Nous nous abstenons d'en apprécier la portée, parce que nous n'avons pas pour cela la compétence nécessaire. Ce que nous pouvons en dire, c'est qu'on le lit et l'étudie avec intérêt et profit. Il était impossible d'en faire ressortir tous les détails. Nous nous déclarons satisfait, si nous avons réussi à en mettre en relief les données principales et l'idée prédominante. Dr V. Parant.

Sur le mécanisme de la locomotion du cerveau dans ses rapports avec les mouvements de la tête, par le Prof. Silvio Venturi, médecin en chef du *Manicôme inter provencias de Nocera inferiore*. Reggio-Émilia, 1885.

I

Le professeur Silvio Venturi, après avoir esquissé l'histoire de la discussion mémorable qui eut lieu devant l'Académie de médecine (1) et dans toute la presse savante de la France et de l'étranger, au sujet de la découverte anatomique de M. Luys sur la locomobilité intra-cranienne du cerveau, découverte dont l'éminent médecin italien aperçoit bien toutes les conséquences en physiologie et en pathologie, — rappelle les objections de MM. Béclard et Sappey, et les contre-épreuves auxquelles M. Luys a soumis ses expériences pour répondre à ces objections; — les belles expériences de physiologie expérimentale de M. Colin (d'Alfort), qui apportèrent une éclatante confirmation à la thèse de la locomobilité du cerveau, non seulement sur le cadavre, mais chez des animaux vivants; — l'examen anatomique, fait quelques heures après la décapitation du supplicié Campi, par M. le Dr Laborde; — enfin les expériences de M. le Dr Gavoy qui, au moyen d'un dispositif spécial de son invention, a vérifié et confirmé le fait de la locomobilité du cerveau, dans sa cavité séreuse, sous l'influence des différentes positions de la tête et de l'action de la pesanteur (2).

Mais, si la plupart des faits militent en faveur de l'opinion

(1) Voyez *l'Encéphale*, 1884.

(2) Gavoy, Voyez *l'Encéphale*. 1884, p. 400.

de M. Luys, surtout quant à la réalité des mouvements passifs de la masse cérébrale dans la cavité cranienne, plusieurs savants n'admettent point que ces mouvements s'exécutent au moyen d'un espace libre existant entre la périphérie cérébrale et la voûte osseuse, ni même qu'ils s'effectuent passivement sur le vivant. L'auteur italien s'estime heureux de pouvoir contribuer, par ses observations et expériences personnelles, à l'avancement de cette question capitale : « Si, d'un côté, elles déposent, dit-il, en faveur de l'opinion de Luys, en ce qui concerne les mouvements du cerveau ; d'autre part, elles donnent raison à ceux qui nient l'existence d'un espace libre péri-cérébral entre le cerveau et son enveloppe osseuse. » Il entrevoit un moyen d'expliquer autrement les mouvements très réels du cerveau.

Le 26 décembre 1884, j'eus l'occasion de faire avec mes collègues, l'autopsie d'un individu âgé de quarante ans. C'était un paysan mort dans la période tétanique d'un accès épileptique. Sans parler, ce qui serait inutile, d'autres choses que nous avions remarquées, mon attention s'arrêta, dès que la boîte cranienne fut ouverte par une section horizontale, sur cette même calotte, d'un volume et d'une épaisseur assez considérable, comme on le voit généralement chez les épileptiques. En la regardant à travers la lumière, on y voyait un point assez mince, transparent, qui se détachait distinctement du reste de la surface osseuse, compacte et obscure à travers cette même lumière.

Ce point atrophié de l'os du crâne se trouvait à gauche et à un centimètre et demi de la suture sagittale et sur la ligne bi-auriculaire ; il avait la forme d'une fossette à contour triangulaire, d'un diamètre moyen d'un centimètre et demi, de la profondeur de trois millimètres dans son point le plus central, tandis que, vers la périphérie de la même fossette, l'os devenait plus épais. Cette cavité triangulaire se prolongeait en forme de queue du côté occipital ; elle était longue d'un centimètre, large au commencement de onze millimètres et de six millimètres à l'extrémité.

Cette cavité longitudinale droite, comme nous l'avons dit, postérieurement, mais inclinée sensiblement vers la ligne médiane du crâne, était d'une profondeur qui allait en diminuant jusqu'à un millimètre vers son extrémité postérieure. La transparence, à travers la lumière, de cette cavité était à peine visible, comparativement à celle de la fossette décrite en

premier lieu et qui se trouve dans la partie plus antérieure.

Cette cavité de la susbtance osseuse correspondait à une petite tumeur qui faisait saillie sur la dure-mère et qui, lorsqu'on faisait la constatation en plaçant exactement de nouveau la calotte sur le cerveau, la tête étant appuyée sur l'occiput, se trouvait comprise, à son extrémité supérieure, entre les limites de l'extrémité du prolongement postérieur de la cavité de l'os et, dans la position verticale de la tête, exactement dans la partie plus profonde et triangulaire dont nous avons parlé.

La petite tumeur, faisant saillie sur la superficie de la dure-mère, était constituée par une glande de Pacchioni fortement développée; sa hauteur centrale au niveau de la membrane, était de trois millimètres et demi ; sa forme était triangulaire comme la fossette dans laquelle elle était logée.

Elle était de consistance épaisse.

Naturellement, sa surface supérieure était constituée par la dure-mère soulevée par elle, et le sommet de cette tumeur était légèrement acuminé.

Il était évident que l'atrophie de l'os devait être attribuée à la pression continue exercée par la présence de cette glande excessivement saillante.

Ce fait n'est pas nouveau. Il a été observé bien souvent, mais le prolongement longitudinal, atrophique, observé à la suite de ladite fossette, devait être considéré, et par sa forme et par sa direction, comme ayant été déterminé par la pression de cette petite tumeur, à cause des mouvements de déplacement qu'elle avait subis, en même temps que toute la masse cérébrale, en glissant sous la dure-mère, lisse et humide, selon les différentes positions de la tête, surtout pendant le coucher, durant les longues heures de la nuit, dans la position occipitale et plus particulièrement sur le côté droit de l'occiput, si le sujet avait l'habitude de coucher sur le côté droit, comme c'est généralement le cas.

Par conséquent, le cerveau avait dû presser en arrière et un peu à droite, dans la direction de la résultante entre la traction directe en arrière et, par la résistance de la grande faux, la traction indirecte latérale droite.

Mais laissons la parole au professeur Silvio Venturi pour la relation d'une observation dont l'importance n'échappera à personne, et pour celle de l'une des expériences qu'il publie sur le même sujet.

II

L'observation et les expériences du professeur Silvio Venturi avaient, comme il le dit, un triple but :

1° Constater si, réellement, le cerveau se meut sur le cadavre ;

2° Étudier s'il existe, ou non, dans les différentes positions de la tête, un espace libre péricérébral ;

3° Étudier le mécanisme, si elle a lieu, de la locomotion cérébrale.

a. Relativement au premier point, il est hors de doute que le cerveau se meut, qu'il se déplace dans la direction que suit la loi de la pesanteur. Si la dure-mère est intacte, toute la masse intra-cranienne se meut ensemble ; si elle ne l'est pas et si le sac est ouvert, la masse cérébrale se déplace avec l'arachnoïde, glissant sous la dure-mère.

b. Quant à l'existence d'un espace libre péri cérébral, l'auteur a observé que, dans la position verticale de la tête, il n'y a d'espace libre que dans une très petite étendue du voisinage de l'os de la voûte cranienne entaillée ; que cet espace se forme en avant et en arrière dans les positions occipitale et faciale de la tête, 8 millimètres dans la première, 6 millimètres seulement dans la seconde. A l'extrémité des lobes frontaux et occipitaux, le liquide s'accumulait quand ces lobes étaient dans une position déclive ; il diminuait au contraire dans le lobe qui se trouvait soulevé.

c. Enfin, touchant le mécanisme de la locomotion cérébrale sur le cadavre, on peut dire que la masse cérébrale se déplace suivant les lois de la pesanteur ; que son mouvement s'effectue plus rapidement d'avant en arrière ; que, lorsqu'il n'existe pas d'adhérence avec le crâne, le mouvement même est facilité et rendu possible par l'air qui remplit les espaces vides ; que le déplacement plus rapide en arrière est favorisé par la plus grande capacité du crâne à la partie postérieure de la tête et par le volume plus considérable de la substance cérébrale de cette partie ; que, dans toutes les directions, le mouvement est favorisé par l'élargissement ou le resserrement des sillons cérébraux : — les sillons transversaux s'élargissent à la partie supérieure et se resserrent à la partie inférieure dans les mouvements exécutés dans le sens du diamètre antéro-postérieur, et les sillons longitudinaux s'élargissent dans les mouvements latéraux à la partie supérieure, se resserrant à la partie inférieure.

On pourrait ainsi démontrer l'existence d'un double mouvement dans la locomotion du cerveau : l'un, de toute la masse du cerveau avec toutes ses membranes; l'autre, par la distinction superficielle du manteau cérébral.

III

Mais, sur le vivant, les conditions anatomiques de la locomobilité du cerveau sont-elles semblables? « *A priori*, nous pourrions dire non, écrit le professeur Silvio Venturi, parce que, là où sur le cadavre existe de l'air, ou bien il ne doit pas exister d'espace libre, sur le vivant, ou bien cet espace doit être rempli de liquide : sang ou sérum. » De ce qu'un espace libre péricérébral ne saurait exister, suivant l'auteur, faut-il en conclure que la locomotion passive du cerveau n'ait pas lieu? Non; car, outre les expériences de Luys, le seul fait, dit Venturi, de la cavité longitudinale creusée dans l'os pariétal par la glande de Pacchioni suffirait pour affirmer l'existence de la locomotion du cerveau sous l'influence des diverses positions de la tête. Les digitations elles-mêmes, qui d'ordinaire se trouvent à la surface interne de l'os pariétal, plus larges de beaucoup que les éminences corticales correspondantes, seraient une autre preuve en faveur de la locomobilité du cerveau.

La locomobilité du cerveau par rapport aux mouvements de la tête, sur le vivant, étant donc admise comme réelle et positive, en même temps qu'on nie l'existence, non seulement dans la station verticale, mais dans la position occipitale ou faciale, d'un espace libre péricérébral rempli de sang ou de sérum, — il faut de toute nécessité reconnaître que le cerveau se meut par un mécanisme tout à fait particulier, mécanisme qui s'exerce de manière à produire un déplacement de la substance cérébrale sans pourtant laisser nulle part d'espace libre.

Comment cela peut-il se faire? Quel est ce mécanisme?

Le professeur Silvio Venturi examine alors deux hypothèses pour rendre compte des conditions anatomiques de ce mécanisme, l'une d'après laquelle le cerveau se déplacerait, dans les mouvements de la tête, non dans toute sa masse, mais partiellement; l'autre suivant laquelle toute la masse intra-cranienne, cerveau et membranes enveloppantes, subirait un mouvement de rotation ou de demi-rotation sur son axe.

I. Ainsi, selon la première hypothèse, la partie du cerveau où le mouvement aurait son maximum d'amplitude serait le manteau, dont la structure le rend propre à subir des expansions et des rétractions considérables sous l'action du liquide céphalo-rachidien, affluant soit des ventricules latéraux, soit des espaces sous-arachnoïdiens. En somme, un mouvement de ce genre ne différerait pas beaucoup des mouvements qu'effectue le cerveau sous l'influence des mouvements respiratoires et des pulsations artérielles.

Voici quelles seraient les conditions anatomiques du mécanisme de la locomotion du cerveau dans cette première hypothèse. La tête étant supposée placée sur l'occiput, la masse cérébrale, en vertu des lois de la pesanteur, doit presser d'un certain poids sur la face interne de l'os occipital, en même temps qu'elle en doit être comprimée. D'après les mêmes lois, les parties antérieures du cerveau doivent presser les unes sur les autres dans la direction du diamètre antéro-postérieur; la pression ordinaire de la substance cérébrale sur les côtés de la boîte osseuse se trouve donc diminuée d'autant. Le résultat de ce déplacement de la masse cérébrale vers l'occiput sera un élargissement des sillons transversaux et une distension du manteau. Les causes immédiates de ce mouvement sont rapportées par M. Silvio Venturi :

1° A l'élasticité de la substance cérébrale;

2° Au resserrement, grâce à la composition de la masse cérébrale postérieure, des cornes postérieures, des ventricules latéraux, et à la dilatation simultanée des cornes antérieures et latérales, où le liquide céphalo-rachidien, chassé en avant, peut contribuer au mouvement, d'une part, en soulevant le fond des sillons verticaux, en les élargissant, d'autre part, en faisant affluer une plus grande quantité de liquide dans les espaces sous-arachnoïdiens des régions frontales;

3° Au resserrement ou battement des sillons transversaux des circonvolutions occipitales et à l'élargissement simultané des sillons des circonvolutions des lobes antérieurs, également par l'effet du liquide céphalo-rachidien chassé d'un lieu à un autre;

4° A la plus grande capacité de la partie postérieure de la cavité cranienne;

5° Au glissement de la corticale sous la surface interne de l'arachnoïde;

6° Enfin, au mouvement du liquide céphalo-rachidien de la cavité cranienne et *vice versa*, ou des espaces sous-arachnoïdiens aux ventricules latéraux.

Et ce qui vient d'être dit pour la position occipitale de la tête vaut également, *mutatis mutandis*, pour les autres positions de la tête.

II. Quant à la seconde hypothèse, celle où toute la masse intra-cranienne subirait un mouvement de rotation sur son axe, et où chacune des parties se déplacerait sans laisser nulle part d'espace libre, elle repose encore sur « l'élasticité du contenu cranien, qui s'adapterait à tout le contenu des os. »

Mais l'une et l'autre hypothèse, l'auteur ne se le dissimule pas, n'expliquerait guère d'une façon satisfaisante le fait important que contient l'Observation publiée en titre de ce Mémoire : *La cavité longitudinale faite par la glande de Pacchioni.*

Le professeur Silvio Venturi admet enfin la possibilité d'un mouvement de semi-rotation, d'autant plus étendu qu'on s'écarte du centre de la masse encéphalique, vers les côtés des hémisphères, vers les régions occipitales ou vers les régions frontales, selon la direction du poids de la masse cérébrale.

D'une dernière expérience de l'auteur italien, il ressort que la substance cérébrale ne se meut point sans entraîner simultanément avec elle l'arachnoïde tout entière. Contrairement aux autres résultats apparents des autres expériences, il résulte de cette expérience, dit-il, que, dans les mouvements passifs du cerveau, la dure-mère en général ne semble pas entraînée. Et cela paraît en effet plus naturel, ajoute-t-il, quand on pense aux nombreuses circonstances où la dure-mère se trouve pathologiquement adhérente à la surface de l'os qui l'entoure et avec lequel, même à l'état sain, elle contracte d'ordinaire en quelques points d'étroites adhérences.

C'est sur ces paroles que le professeur Silvio Venturi termine ce Mémoire, pénétré d'un bout à l'autre du plus sûr esprit critique. S'il ne dit rien des conséquences qu'on peut tirer de la doctrine de la locomobilité du cerveau, par la physiologie et la pathologie mentales, nous répétons qu'il les a entrevues après M. Luys. C'est à des anatomistes, à des physiologistes et à des médecins aussi instruits que M. Silvio

Venturi, et d'un esprit aussi philosophique, qu'il appartient d'apporter de nouvelles observations et expériences en faveur d'une doctrine dont la portée s'étend sans doute bien au-delà de ce qu'il est possible de concevoir dans l'état actuel de la science.

JULES SOURY.

Étude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques, par J. BABINSKI : thèse de la Faculté de médecine. Paris 1885.

Le travail de M. Babinski est une œuvre essentiellement originale, dans laquelle l'auteur nous fait connaître le résultat de ses observations cliniques et de ses examens microscopiques. Grâce aux méthodes perfectionnées de l'histologie actuelle, M. Babinski a pu obtenir des résultats précis sur la structure des plaques de sclérose. Il a vu que, conformément à l'opinion de MM. Charcot et Vulpian, les cylindres persistent dans les tubes; ils sont simplement dénudés par destruction des gaines de myéline. De même, les cellules sont intactes sous l'altération faite de la substance grise. Ainsi s'explique l'absence de dégénération wallérienne. Pourtant les dégénérations secondaires peuvent se rencontrer; elles étaient même très accusées dans une des observations de M. Babinski. Dans ces cas il existerait une altèration de l'élément noble cylindraxe ou cellule. Ainsi se trouve parfaitement confirmée la loi wallérienne.

En étudiant les coupes sur les points de transition entre les parties saines et malades, on constate que la disposition des gaines de myéline coïncide avec l'apparition de cellules rondes chargées de myéline. Rapprochant cette observation des résultats obtenus par M. Ranvier dans l'étude des phénomènes qui se passent dans le point central d'un nerf sectionné, M. Babinski est amené à regarder ces cellules comme des cellules migratrices venant attaquer et détruire les gaines de myéline; le processus de la sclérose en plaques serait donc un processus essentiellement actif. C'est là une hypothèse séduisante parfaitement d'accord avec les résultats actuels de la physiologie.

Dans un deuxième chapitre M. Babinsky compare la sclérose, en plaques avec les scléroses systématiques primitives et secondaires : persistance des cylindres-axes dénudés, intensité des altérations des parois vasculaires, disparition souvent complète de la myéline au centre des états de sclérose, tels sont

les caractères essentiels de la sclérose en plaques. Dans la sclérose systématique secondaire, la dégénération de tubes nerveux est analogue à celle qui s'observe dans le bout périphérique d'un nerf sectionné, l'on rencontre non plus des cylindres dénudés, mais de nombreux tubes à myéline au milieu de la plaque de sclérose; enfin les altérations vasculaires sont presque nulles. La sclérose tabétique se rapproche davantage de la sclérose en plaques : nombre de cylindres-axes dénudés peuvent subsister; les vaisseaux sont souvent et profondément atteints; parfois la myéline disparaît complètement dans les faisceaux sclérosés.

La persistance des cylindres-axes est une des particularités les plus importantes de la sclérose en plaques. Elle explique la possibilité de la disparition des accidents morbides. Si la régénération est possible dans les autres formes de myélite, il faut reconnaître qu'elle est tout à fait exceptionnelle; aussi, quand on voit disparaître des phénomènes attribués aux lésions médullaires, est-on presque en droit de conclure que les cylindres-axes étaient respectés.

Après cette importante étude anatomique illustrée de magnifiques planches, M. Babinski étudie quelques-unes des manifestations cliniques de la sclérose en plaques. Il publie six observations nouvelles qu'il discute avec grand soin et dans lesquelles il relève des particularités intéressantes. C'est tout d'abord l'hémiplégie, qui peut à ce moment constituer les traits les plus saillants du tableau symptomatique et faire admettre une lésion cérébrale. Mais cette hémiplégie qui peut débuter brusquement ou ne s'établir que progressivement, ne reste pas pure. On voit apparaître bientôt de nouveaux symptômes tels que paralysie oculaire, paralysie flasque spasmodique de l'autre côté l'hémiplégie faciale peut se rencontrer également, portant surtout sur le facial inférieur.

Ailleurs, on voit survenir les symptômes que l'on rencontre dans la myélite circonscrite destructive : paralysie et anesthésie des membres inférieurs, troubles dans les fonctions de la vessie et du rectum, escarres. Il s'agit alors de ces cas dans lesquels les cylindres-axes sont détruits et qui s'accompagnent de dégénérations secondaires. On pourrait appeler cette affection « sclérose en plaques à forme destructive. »

Une variété qui ne semble pas avoir été encore signalée, est celle dans laquelle les phénomènes évoluent avec rapidité. C'est la forme aiguë de la sclérose en plaques. Cliniquement,

on ne retrouve guère le tableau classique; pas même l'aspect des formes frustes. Il s'est agi, dans les trois observations rapportées par l'auteur, de malades atteints d'une paralysie rapidement envahissante rappelant la myélite aiguë. Dans quelques cas, l'existence dans les antécédents du malade, de quelques accidents nerveux passagers, pourra mettre sur la voie du diagnostic, ou du moins imposer des réserves.

On voit, d'après cette analyse du travail de M. Babinski, combien de faits anciens ont été éclairés, combien de faits nouveaux ont été ajoutés à l'histoire, si travaillée mais encore si obscure, de la sclérose en plaques.

R.

x. GALEZOWSKI. **Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice.** Paris 1884. Alcan.

M. Galezowski divise en trois ordres les lésions que l'on trouve dans l'ataxie locomotrice : 1° Altération des nerfs de l'œil; 2° Altération des nerfs optiques; 3° Altération des nerfs de la 5° paire.

1° *Altération des nerfs moteurs de l'œil.* Les 3°, 4° et 6° paires peuvent être atteintes par l'ataxie, soit à la fois, soit isolément. L'affection peut se montrer à toutes les époques de la maladie et même avant tout symptôme ataxique. Le signe principal de la paralysie est la diplopie, due à la production des images rétiniennes sur des points non symétriques. Les symptômes fonctionnels des paralysies de la 3° paire peuvent se résumer ainsi. Diplopie aux images croisées, l'écartement des images augmentant du côté de l'œil sain, diminuant du côté de l'œil malade, signe auqnel on peut ajouter le ptosis et la mydriase. La paralysie de la 6° paire s'observe plutôt au début de l'affection spéciale ; aussi Duchesne lui donnait-il le nom de phénomène prodromique. Les principaux signes de l'affection sont le strabisme convergent et la diplopie aux images lomoriques, l'écartement des images augmentant du côté de l'œil malade, diminuant du côté de l'œil sain. La paralysie de la 6° ou de la 4° paire est, d'après Galezowski, parfaitement guérissable, surtout si l'on institue un traitement par l'iodure de potassium. L'auteur partage en effet pleinement l'opinion du professeur Fournier sur l'origine de l'ataxie.

2. *Altérations des nerfs optiques.* L'atrophie ataxique de la papille est une affection assez commune et à elle seule, d'après

les statistiques de Galezowski, elle égale le cinquième des affections du fond de l'œil. On constate dans cette affection, un affaiblissement progressif de la vision, mais atteignant les deux yeux d'une manière inégale et une perversion de la faculté chromatique. Viennent ensuite les lésions bien connues appréciables à l'ophthalmoscope. C'est Duchenne (de Boulogne) qui le premier attira l'attention sur la coïncidence de l'ataxie et de l'*amaurose*, coïncidence aujourd'hui reconnue par tout le monde.

3. *Altérations du nerf de la cinquième paire.* Elles consistent tantôt en hyperesthésie disséminée avec douleurs intermittentes très aiguës, tantôt en plaques d'anesthésie. Celles-ci ne surviennent parfois qu'après les douleurs aiguës et sont en quelque sorte la transformation de l'hyperesthésie.

4. *Traitement.* Il peut être local et général. Le traitement local consistera surtout dans l'emploi des révulsifs; mais l'auteur n'accorde qu'une médiocre confiance à ces moyens, surtout dans l'atrophie papillaire Le traitement général a, au contraire, d'après lui, une importance prépondérante, ce qui paraît rationnel, étant donné les opinions de l'auteur sur l'origine syphilitique de l'ataxie et de l'atrophie papillaire tabétique. Aussi Galezoswski préconise-t-il l'emploi de la médication spécifique, et il emploie de préférence les injections hypodermiques d'un sel d'hydragyre. Il pratique tous les jours une injection de cinq à dix gouttes d'une solution contenant 20 centigrammes de cyanure de mercure pour 10 grammes d'eau distillée. Il emploi aussi de la même façon et consécutivement au premier sel le cyanure d'or et de potassium.

H. G.

Magnétisme et Hypnotisme, par le Dr A. Cullerre, membre de la Société médico-psychologique. (Librairie J.-B. Baillière et fils.)

L'auteur du livre que nous annonçons s'est fait connaître depuis une dizaine d'années déjà par des travaux qui ont paru dans les annales médico-psychologiques, et nous devons lui savoir gré d'avoir eu la pensée de résumer dans ce volume ce qui a paru d'important sur le sommeil magnétique ou hypnotique, question à l'ordre du jour. Les larges emprunts que l'auteur a faits aux travaux récents de MM. Charcot, Richet, Dumontpallier, Liégeois, Féré, Berheim et Tuke en font un ouvrage scientifique que les médecins et les magistrats consulte-

ront avec fruit. M. Cullerre nous permettra d'exprimer le regret de ne pas voir figurer dans cette phalange de savants, le nom de M. Pitres, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux.

Une analyse très sommaire des chapitres de l'ouvrage montrera tout l'intérêt qui s'attache à l'œuvre magistrale de M. Cullerre.

Le chapitre Ier est consacré à l'étude du magnétisme à travers les siècles. Aux sibylles grecques et romaines a succédé le démon du christianisme. Pendant plus de cinq siècles, le démon supporte tout le poids de la bêtise et des passions humaines. Après Calmeil, l'auteur nous initie aux habitudes, aux mœurs des lycantropes, des sorciers, des vampires, des convulsionnaires de toutes sortes, dupes ou complices, qui ont fait de la France et de l'Europe, pendant toute la durée du moyen âge et une partie des temps modernes, une succursale de l'enfer.

Le chapitre II traite de l'étude du magnétisme animal. Voici Mesmer et ses baquets mystérieux. Les temps ont bien changé : le médecin de Vienne peut expliquer et propager sa doctrine sans crainte du bûcher. La justice passe et sourit ; le monde religieux applaudit ou reste indifférent ; le médecin se montre incrédule, et par deux fois la Société royale traite Mesmer de charlatan et d'imposteur. Devenu riche, Mesmer se retire des affaires, comme se retirera probablement certain médecin espagnol dont le nom a eu, dans ces derniers temps, une notoriété de mauvais aloi.

Après Mesmer, le magnétisme s'épure, si je puis m'exprimer ainsi. De Puységur découvre le somnambulisme artificiel ; Petetin, les phénomènes cataleptiformes ; l'abbé Faria, le somnambulisme par suggestion. La Salpêtrière devient, comme de nos jours, l'école vraiment scientifique du magnétisme. Une commission est nommée au sein de l'Académie de médecine : Husson admet comme démontrés, non seulement les faits se rapportant au somnambulisme provoqué, mais encore les faits de clairvoyance, de vision et de prévision ; l'Académie se tient sur une sage réserve, elle n'approuve ni ne réprouve les conclusions de la commission. Six ans plus tard, cette même Académie, sur le rapport de Dubois, jette l'anathème sur le magnétisme et les magnétiseurs.

Chapitre III. Dans son traité du *Sommeil nerveux*, Braid complète la déroute du magnétisme animal, et jette le premier les bases du magnétisme scientifique ; c'est à lui, en effet, que

revient l'honneur de la découverte du sommeil provoqué, des phénomènes de résolution musculaire et de rigidité cataleptique ; l'étude des modifications qui surviennent en cours du sommeil magnétique, et enfin les divers caractères de la suggestion.

Les travaux de Braid restèrent presque ignorés; c'est à peine si la remarquable analyse qu'en donnèrent Littré et Robin, dans leur dictionnaire, les tirèrent momentanément de l'oubli. Vers 1860, Broca, Guérineau, Azam, Demarquay et Giraud-Teulon reprirent les expériences de Braid; l'étude de l'hypnotisme fait de nouveau un pas en avant et s'arrête brusquement. Depuis quelques années, l'hypnotisme est entré de nouveau dans le domaine scientifique, grâce aux recherches de MM. Charcot et Richet. La voie était ouverte. Dumontpallier à Paris, Bernheim à Nancy et Pitres à Bordeaux en ont marqué les diverses étapes par de nouvelles découvertes.

Dans le chapitre IV, M. Cullerre définit l'hypnotisme, en étudie les divers états, passe en revue les divers procédés hypnogéniques, recherche l'influence du sexe, de l'âge, de l'état de santé et de maladie. Il termine par une analyse très intéressante de l'hypnotisme chez les animaux.

Le chapitre V est consacré à l'étude des trois principaux états que présentent les hypnotiques : catalepsie, léthargie avec hyperexcitabilité neuromusculaire, somnambulisme; et aux expériences de M. Dumontpallier sur les excitations du crâne et du cuir chevelu.

Les chapitres VI et VII traitent des phénomènes généraux de l'hypnotisme; de l'état des facultés intellectuelles, de la sensibilité et de ses modifications dans la catalepsie et le somnambulisme, de la suggestion et de ses différentes formes, de la transformation de la personnalité, et enfin de l'action à distance des médicaments sur les hypnotiques, question qui a été soulevée récemment au congrès de Grenoble.

Dans le chapitre VIII, l'auteur étudie les phénomènes suggestifs qui se produisent non plus seulement chez les personnes hypnotisées à des degrés divers, mais encore chez celles qui ne sont pas sensibles aux procédés hypnogéniques, et qui sont à peu de chose près les mêmes que ceux qui appartiennent au sommeil hypnotique proprement dit : suggestions motrices, paralysies suggestives, actes automatiques, amnésies, anesthésie, et hyperesthésies, hallucinations des sens spéciaux, transfert de troubles suggérés. M. Cullerre rejette d'une manière

absolue, et avec raison, la suggestion mentale et la lecture des pensées, qui ont fait et font encore la fortune des somnambules extra-lucides, et fait quelques réserves sur les expériences de Cumberland. Les deux derniers paragraphes du chapitre sont consacrés à une étude très complète de l'état de fascination qui se produit chez certains sujets non hypnotisés.

Dans le chapitre IX, l'auteur fait la physiologie de l'hypnotisme; il étudie plus spécialement l'état des facultés dans les divers degrés du sommeil hypnotique : à un demi-sommeil correspond une conscience plus ou moins complète des actes suggestifs et des hallucinations. L'hypnotique, ici, est encore lui-même; au sommeil somnambulique proprement dit appartiennent la perte du souvenir, la disparition de la notion du *moi*, l'automatisme, la suspension des fonctions de la couche corticale du cerveau. M. Cullerre passe ensuite en revue les diverses théories qui ont été émises pour expliquer les phénomènes somnambuliques, établit l'analogie du rêve et du somnambulisme, recherche enfin si l'hypnotisme est d'ordre pathologique et physiologique.

Les chapitres X et XI traitent de l'hémi-hypnotisme au point de vue psychologique et de l'application de l'hypnotisme à la thérapeutique. Ils sont l'un et l'autre peu susceptibles d'analyse ; nous nous contenterons de faire remarquer avec l'auteur que l'action de l'hypnotisme, comme agent curatif, ne repose que sur des données très incomplètes qui ne sont pas encore entrées dans le domaine scientifique. Il faut bien l'avouer, l'hypnotisme n'a pas donné en thérapeutique les résultats qu'on était en droit d'espérer, sans compter qu'il a souvent exagéré, aggravé l'état de nervosisme des malades soumis aux expériences.

Le chapitre XII soulève une question de médecine légale des plus intéressantes et peu étudiée jusqu'à ce jour. Après avoir montré tous les dangers que l'hypnotique fait courir non seulement à lui-même, mais encore à la société, pendant et après le sommeil hypnotique, M. Cullerre se demande s'il est permis aux magistrats de tirer parti du sommeil hypnotique pour obtenir des aveux ou des renseignements, et n'hésite pas à répondre par la négative ; ce moyen ne lui semble pas plus licite que la torture ou des promesses mensongères.

Disons en terminant que l'ouvrage de M. Cullerre est un de ceux qu'on lit en entier, après en avoir lu la première page.

C'est le plus grand éloge que nous puissions en faire. Il a sa place toute marquée dans la bibliothèque du médecin.

Dr Taguet.

De l'influence de la grossesse sur la marche des maladies mentales. Joseph Peretti. (Arch. fur Psych., 1885. Heft 3.)

Les observations personnelles de l'auteur l'amènent à cette conclusion, généralement acceptée, que la grossesse, survenant dans le cours d'une maladie mentale, exerce sur cette dernière une influence le plus souvent défavorable. Si le pronostic n'est pas toujours rendu fatal, il est toujours rendu plus grave et la guérison plus douteuse, et cela d'autant plus que la grossesse est survenue plus longtemps après le début de la maladie. Il est exceptionnel de voir la grossesse produire un changement salutaire dans l'état de la malade. Il est évident que l'état d'une malade arrivée à la période de démence n'est pas notablement modifié par cet accident physiologique, cependant on voit généralement une grande surexcitation survenir après l'accouchement, qui se fait du reste tout à fait normalement. H. G.

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du système nerveux central, par Rumpf. (Arch. fur Psych., 1885. Heft II.)

1. Syphilis du cerveau et de la moelle.

Le malade, tailleur de pierre, a contracté la syphilis à l'âge de 29 ans et fut soumis au traitement. Onze mois plus tard survint une hémiplégie droite qui ne s'améliora pas sous l'influence du traitement spécifique et électrique. A cette hémiplégie droite est venue s'ajouter après quelques mois une paralysie avec spasme du membre inférieur gauche; longtemps ces troubles persistaient seuls, mais plus tard d'autres troubles s'y associèrent, l'incontinence d'urine, troubles du côté du rectum; quelques mois plus tard, la sensibilité des membres inférieurs a considérablement diminué, des escarres multiples se déclarèrent et le malade succomba deux ans après le début de l'hémiplégie. L'autopsie révéla l'existence dans l'hémisphère gauche d'un foyer apoplectique ancien, occupant la partie interne du noyau lenticulaire et empiétant un peu sur la capsule interne et le noyau caudé. A l'examen de la moelle, on trouve: 1° une dégénération secondaire du faisceau pyrami-

dal croisé, à droite; 2° une dégénérescence du cordon latéral gauche commençant au niveau de l'entrecroisement des pyramides et plus prononcée à la partie inférieure; 3° une dégénérescence des cordons de Goll et de Burdach à la région dorsale. Cette dégénérescence doit être attribuée à un processus phlegmasique qui occupait toute l'épaisseur de la moelle dorsale et s'étendait même aux cordons postérieurs de la moelle lombaire; des deux côtés, le processus inflammatoire s'est surtout localisé sur les faisceaux pyramidaux, mais à gauche il atteint aussi la pie-mère et les parties voisines. Suivant l'auteur, il s'agit dans ce cas d'une altération primitive du cordon latéral gauche, qui s'est surajoutée à la dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal droit causée par le foyer apoplectique; quant à la cause de l'altération primitive du cordon latéral gauche, l'auteur la voit dans la myélite transverse dorsale, qui, elle, est causée par la syphilis; la syphilis a surtout frappé les vaisseaux, qui présentent tous les caractères de l'endartérite et de la phlébite: épaississement de la paroi, prolifération nucléaire, etc; dans quelques petites veines il y avait même des caillots de thrombose.

II. Atrophie des circonvolutions centrales à la suite d'une paralysie infantile spinale.

Il s'agit d'un jeune homme mort phtisique à l'âge de 18 ans. Dans son enfance, il fut frappé d'une paralysie du côté droit, à la suite d'une maladie fébrile dont la nature n'a pu être établie. Avant la mort, on a pu constater une atrophie unilatérale droite, portant non seulement sur les membres de ce côté, mais aussi sur la face et la partie droite de la cage thoracique; les muscles de tout le côté droit sont atrophiés, les membres plus courts, la cage thoracique réduite; le rachis présente une incurvation compensatrice à convexité dirigée à gauche; il y a aussi des troubles du côté du moteur oculaire commun droit; la sensibilité et la miction sont normales. A l'examen de la moelle, conservée dans l'alcool, on trouve une atrophie des cornes antérieures du côté droit très prononcée à la région cervicale, où elle coexiste avec une atrophie du cordon latéral, très notable encore à la région dorsale, mais à peine perceptible à la région lombaire. L'examen microscopique révèle l'atrophie des cellules des cornes antérieures droites, sans dégénérescence des cordons; aucune modification pathologique dans la moelle allongée ou

dans les noyaux d'origine réelle des nerfs moteurs de l'œil; mais ce qui frappe surtout, ce sont les minimes dimensions des circonvolutions centrales (frontale et pariétale ascendantes) du côté gauche comparées à celles du côté droit. A la coupe de l'hémisphère gauche, on constate nettement le développement incomplet des parties motrices de ce côté (noyau lenticulaire et capsule interne); à l'examen microscopique des circonvolutions en question, on ne trouve aucune trace d'un processus pathologique quelconque.

De ces données et de l'absence d'une dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal, l'auteur conclut qu'il s'agit d'un arrêt de développement des parties motrices de l'hémisphère cérébral gauche, consécutif à une paralysie infantile spinale.

H. G.

De l'aphasie et de son rapport avec la perception, par Grashey, in Archiv fur Psychiatrie, t. XVI, Heft 3. 1885.

L'auteur examine avec beaucoup de détails un cas d'aphasie rapporté par le Dr Morian dans sa thèse inaugurale (*Archiv.* de Langenbeck, t. XXX, Heft. 4). Il s'agit d'un brosseur, âgé de 29 ans, qui, à la suite d'une chute, s'est fracturé la base du crâne; l'accident a eu lieu le 14 novembre 1883. Dès les premiers jours de son entrée à l'hôpital, le malade présenta, avec d'autres troubles divers, des troubles de la parole très accentués. Ces troubles allaient en augmentant de plus en plus. L'état du malade au 28 du même mois, jour où M. Morian l'a visité, était le suivant. Sollicité à répéter un mot qu'on venait de prononcer devant lui, le malade trouvait avec beaucoup de peine l'initiale du mot en question; ceci fait, il hésitait, répétait plusieurs fois cette initiale ou bien toute la première syllabe, jusqu'à ce qu'il eût trouvé le reste du mot; ainsi il prononçait: « E-Eg-Église. A-Ad-Adieu, etc., » Lorsqu'on lui présenta un livre avec des images, en le priant de montrer avec le doigt l'image d'un objet, il le faisait promptement et sans aucune hésitation; mais lorsque, en lui montrant l'image d'un animal, d'un chat par exemple, on lui demandait de nommer cet animal qu'il connaissait parfaiement, il devenait très embarrassé; et, au lieu de le nommer, il faisait des détours, décrivait les caractères de l'objet en question ou son usage, mais ne le nommait point; ainsi, en lui montrant l'image d'un fusil, il dit « cela sert à tirer, » mais ne réussit pas à prononcer le mot « fusil. » Dans la conversa-

tion, il lui manquait très souvent des substantifs, plus rarement un verbe ou un adjectif; il se tirait d'affaire en répétant à tout instant le mot peu significatif « chose. » Pour l'écriture il en était de même que pour la prononciation : en lui montrant un objet, avec la prière d'écrire le nom de cet objet, il attendait quelque temps jusqu'à ce que le mot écrit en question lui vînt à l'esprit et se mettait à écrire assez correctement. Mais, ce qui est important à noter, c'est qu'il lui fallait moins de temps pour trouver le signe écrit que pour trouver son expression verbale; et, après avoir écrit une partie du mot, il était déjà à même de le prononcer entièrement. Les facultés intellectuelles du malade baissaient rapidement, et, au mois de mai 1884 où M. Morian l'a revu pour la seconde fois, il présentait un affaiblissement notable de la mémoire; il ne retenait plus les mots prononcés devant lui que pendant un temps très court, une demi-minute environ. Passé ce temps, il n'en avait plus le moindre souvenir; pour faire le calcul le plus simple, il avait recours à ses doigts et même alors il n'arriva jamais à multiplier 3 par 3. Au mois d'août 1884, M. Grashey a vu ce malade lui-même; il présentait les mêmes symptômes : il ne pouvait pas nommer les objets qu'il connaissait parfaitement, mais retrouvait ces noms aussitôt qu'il les avait écrits. Dans l'analyse très détaillée et approfondie de ce cas particulier, il se rapporte au schéma auquel on a généralement recours dans ce genre de recherches et que nous reproduisons pour l'intelligence du sujet.

Le centre B est évidemment intact chez le malade en question, car il reconnaît parfaitement tous les objets qu'on lui montre et décrit leur usage, leurs propriétés; quand on prononce devant lui le nom d'un objet qui se trouve sous ses yeux parmi plusieurs autres objets, il reconnaît aussitôt l'objet dont le nom vient d'être prononcé et le distingue parfaitement des objets non nommés. Donc la voie de communication entre les centres B et A, dans la direction A B, n'est pas modifiée. Pour exprimer l'impossibilité pour le malade de prononcer le nom d'un objet placé devant ses yeux et qu'il connaît parfaitement, on peut supposer : 1° ou bien que le centre A ne fonctionne plus normalement ; 2° ou que l'association entre B et A est interrompue pour la direction B A. Mais la première hypothèse est inadmissible pour peu qu'on y regarde de près; en effet, A saisit parfaitement le sens d'un mot qu'il entend et sait très bien à quel objet ce mot

correspond, donc le centre B est intact; quant à la seconde hypothèse, qu'on admettre qu'il y a à l'état normal entre A et B une communication double, et qu'une de ces communications est seule compromise dans ce cas particulier, oui qu'on admette que la seule voie de communication qui existe normalement entre A et B est barrée pour les associations qui se font dans la direction de B A, dans les deux cas il est également difficile à comprendre pourquoi cette association continuerait à se faire normalement dans un sens et ne se ferait plus dans un sens inverse. La voie de communication entre A-D et F est normale, puisque le malade répète très bien tout mot qu'il entend, même lorsqu'il ne comprend pas sa signification. Ce qui est curieux et important à considérer ,ce sont les rapports anormaux qui existent chez le malade entre l'image verbale (image phonétique) et les signes (symboles) écrits ou imprimés qui lui correspondent. L'enfant qui apprend à lire et à écrire se crée une double voie de communication entre les centres C et A. Chez l'homme qui sait lire et écrire, le mot écrit ou imprimé éveille rapidement par voie d'association l'image verbale (phonétique) de ce mot, et inversement le mot prononcé éveille rapidement l'image du symbole écrit ou imprimé qui lui correspond; mais il faut remarquer que cette association se fait successivement lettre par lettre dans le premier cas et syllabe par syllabe dans le second, c'est-à-dire que l'homme le plus exercé, en lisant à haute voix un mot écrit ou imprimé, évoque successivement dans sa mémoire l'image verbale de chacune des lettres dont le mot en question est composé, et ce n'est que grâce à ce mécanisme, arrivé à un haut degré de perfection, que l'homme arrive à lire couramment l'écrit ou l'imprimé. Quand un homme écrit sous dictée, un mécanisme inverse a lieu. Chaque son (syllabe) dont le mot dicté est composé éveille successivement l'image du symbole graphique qui lui correspond, et ce n'est que par une évocation successive des symboles graphiques correspondant à chacune des syllabes, qu'il arrive à écrire le mot en entier. En ce qui concerne les chiffres, il se comporte comme s'il s'agissait d'une seule lettre ou d'une seule syllabe, surtout pour les nombres simples. Chez le malade, les voies C A et A C sont parfaitement normales en ce qui concerne les mots écrits ou imprimés. Lorsqu'on prononce devant lui la lettre B, en le priant de montrer le signe graphique qui correspond à cette image verbale, il arrive à trou-

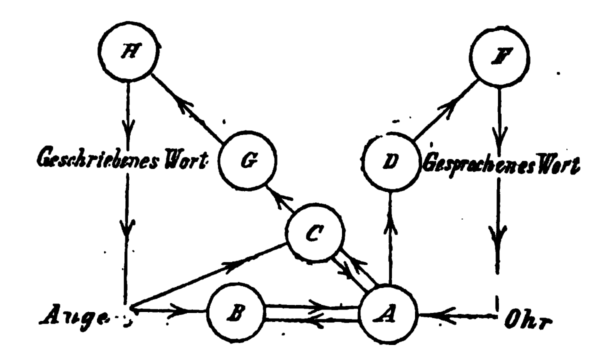
ver la lettre B écrite parmi plusieurs autres et à la distinguer de ces autres signes, mais à une condition, c'est qu'on lui répète le son B ou qu'il le répète lui-même dans sa pensée tout le temps qu'il est à chercher le signe graphique correspondant. L'inverse a aussi lieu. Pendant qu'il regarde une lettre écrite ou imprimée, l'image verbale de cette lettre est parfaitement présente à son esprit ; il ne peut pas la prononcer par lui-même, mais il distingue parfaitement le son qui correspond au signe graphique qu'il regarde parmi les autres sons qu'on prononce devant lui. Pour les nombres, la voie A C seule lui est ouverte ; la voie C A n'existe pas chez le malade, c'est-à-dire que l'image phonétique (verbale) d'un nombre éveille chez lui l'image graphique correspondante, à la condition que le son soit répété plusieurs fois par un autre ou par le malade lui-même dans sa pensée. Mais, lorsqu'il s'agit de reconnaître et de distinguer l'image verbale d'un chiffre d'après l'image graphique correspondante placée sous ses yeux, le malade n'y arrive pas directement; pour atteindre le but, le malade a recours à un artifice qui n'est possible que pour les nombres simples. Supposons par exemple qu'on lui montre le chiffre 9, écrit ou imprimé ; lorsqu'on prononce ensuite devant lui différents chiffres et entre autres aussi le mot « neuf » il ne reconnaît pas aussitôt que c'est l'image verbale du symbole qu'il regarde, il se met alors à compter : un, deux, trois, etc. jusqu'à ce qu'il arrive au nombre neuf en évoquant successivement les images verbales de tous les chiffres et en comparant chacune de ces images à l'image graphique qu'il a devant lui, et ne se trouve satisfait qu'au moment ou l'image verbale invoquée concorde avec cette image graphique. Il lui est donc impossible de passer directement de l'image graphique à l'image verbale pour les chiffres, tandis que pour les lettres cela lui est très-facile.

L'auteur fait ensuite et successivement l'analyse détaillée des rapports qui existent chez le malade entre les autres centres représentés dans le schéma, et de l'état des diverses voies de communication entre ces centres, par exemple les rapports entre le centre C (pour le symbole) et les centres coordinateurs des mouvements nécessaires pour écrire les rapports entre le centre A (image phonétique) et le centre D, etc.. Il les compare successivement aux rapports qui existent entre les mêmes centres à l'état normal. Après cet examen détaillé, l'auteur arrive à cette conclusion que la plupart des troubles

aphasiques observés chez le malade en question, doivent être rapportés à une modification de la durée de persistance des impressions sensorielles, durée qui est devenue très courte. En effet le malade ne retient l'image d'un objet sans signe graphique ou phonétique que pour un temps très court. Ainsi, si l'on montre au malade un objet quelconque, un couteau, je suppose, qu'on mette ensuite ce couteau avec d'autres objets, en ayant soin de détourner le regard du malade pendant cette opération, il lui est absolument impossible de reconnaître le couteau et de le distinguer des autres objets auxquels on l'a mêlé, et cela parce que l'image du couteau a eu le temps de s'échapper de la mémoire du malade ; cependant il finit par reconnaître le couteau, mais pour cela il a recours à l'artifice suivant : en écoutant le mot « couteau » prononcé devant lui, il se met à invoquer l'image graphique de ce mot, à l'écrire sur du papier s'il en a à sa portée, ou bien il fait le simulacre de l'écriture en dessinant successivement les différentes lettre du mot « couteau » dans le creux de la main gauche avec son index droit ; cette image graphique terminée, il la compare aux différents objets et finit par reconnaître le couteau. Lorsqu'on montre successivement au malade les différentes lettres ou même les différentes syllabes d'un mot, en ayant soin de ne lui montrer à la fois qu'une seule lettre ou une seule syllabe, il lui est absolument impossible de prononcer le mot entier, même dans les cas où il prononce parfaitement chacune des syllabes prise à part. — Il en est de même du sens du tact. Fermez les yeux au malade et faites-lui toucher successivement les différentes parties d'un même objet, par exemple la lame et le manche d'un couteau, il ne se rend aucun compte de l'objet qu'il vient de toucher, car en touchant le manche l'impression de la lame s'est déjà complètement échappée de sa mémoire,

De ces faits d'observation et de beaucoup d'autres que l'auteur cite et analyse, l'auteur est amené à admettre l'existence d'une variété d'aphasie qui reconnaît pour cause principale une durée trop courte de la persistance des impressions sensorielles ; cette variété est surtout fréquente dans les cas d'aphasie consécutive à des traumatismes ou à des fièvres graves, tandis que les maladies à foyers produisent principalement les symptômes dépendant des lésions isolées des centres ou des voies de communication, figurés dans le schéma, et

secondairement les symptômes dépendant de la durée moindre de la persistance des impressions sensorielles.



A — Centre des images phonétiques (verbal).
B — » des images des objets.
C — » des symboles (écrits ou imprimés).
D — » coordinateur des mouvements nécessaires pour écrire.
F — Noyau d'origine réelle des nerfs qui président à ces mouvements.
G — Centre coordinateur des mouvements nécessaires pour parler.
H — Noyau d'origine réelle des nerfs qui président aux mouvements de la parole.

H. G

JOURNAUX FRANÇAIS

FRANCE MÉDICALE

(Année 1885)

Contribution au traitement de l'attaque d'hystérie, par le docteur Albert Ruault. (N° 86.) — Le docteur Ruault communique un moyen, qui lui a souvent réussi à arrêter l'attaque d'hystérie et qui consiste à exercer une compression sur un tronc nerveux superficiel, surtout à son point d'émergence des parties profondes. Cette compression assez énergique doit être pratiquée sur un point limité, pendant un certain temps. Le nerf sus-orbitaire, à son point d'émergence, se prête facilement à cette manœuvre, grâce à sa situation superficielle entre une surface osseuse et les téguments de la région sourcilière.

DES MONOPLÉGIES TRAUMATIQUES DU MEMBRE SUPÉRIEUR, par le docteur CASTEX. (Nos 87 et 88.) — L'auteur rapporte différentes observations de monoplégies brachiales accompagnées de traumatisme et il fait remarquer que, si souvent le traumatisme agit seul, soit par paralysie reflexe, soit par contusion des plexus, il est des cas où avant le traumatisme il faut invoquer un état morbide du système nerveux central, soit une lésion cérébrale, soit un état hystérique antérieur. Le pronostic et le traitement dépendent de la nature de la monoplégie.

DES NÉVROSES RÉFLEXES D'ORIGINE NASALE, par le docteur CARTAZ. (N° 89 et 90.) — Étude intéressante, qui rappelle la relation qui existe entre différents troubles réflexes et les lésions multiples qui peuvent affecter la région nasale. L'auteur cite des observations de toux spasmodique, de quintes d'éternuement, d'accès d'asthme qui reconnaissaient pour causes tantôt un catarrhe chronique avec hypertrophie de la muqueuse, tantôt un polype muqueux, tantôt une déviation de la cloison.

ESSAI DE DIAGNOSTIC D'UNE AFFECTION DE LA MOELLE INDÉPENDANTE DU TABES AVEC ARTROPATHIE DU COUDE GAUCHE, par M. BERBEN. (N° 97.)

MÉNINGO-MYELITE DIFFUSE AIGUE, TRAITÉE ET GUÉRIE PAR LA MÉTHODE RÉVULSIVE, par M. le docteur RICHARDIÈRE. (Nos 100 et 101.)

MÉNINGITE AIGUE ACCOMPAGNÉE DE PHÉNOMÈNES CATALEPTIQUES ET SURVENUE A LA SUITE DE L'ABLATION DU COL UTÉRIN CANCÉREUX. — Observation prise par M. DE TORNERY (N° 108.)

LES ANESTHÉSIES APPARENTES ET LES SENSATIONS RETARDÉES DANS LES NÉVROSES, par M. V. REVILLOUT. (N° 110.)

ACCIDENTS RABIQUES CHEZ UN ALCOOLIQUE, ACCÈS DE MANIE AIGUE, DÉLIRE SYSTÉMATISÉ AVEC CRAINTE D'ÊTRE TUÉ PAR LES MÉDECINS, par M. PAUL LEGENDRE. (N° 123.)

SYPHILIS CÉRÉBRALE (SYPHILIS IGNORÉE) SIMULANT LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE. — Observation prise par M. MOREL-LAVALLÉE. (N° 125.)

UNION MÉDICALE

(Année 1885)

LA MALADIE DE GILLES DE LA TOURETTE, par PAUL LEGENDRE. (N° 99.) M. GILLES DE LA TOURETTE vient de décrire une

maladie nouvelle caractérisée par une incoordination motrice spéciale et une impulsion à imiter d'abord la parole et le geste (*écholalie)*, puis à proférer involontairement des exclamations obscènes (*Coprolalie*). Cette affection présente des caractères spéciaux assez tranchés pour qu'il soit permis d'en faire une entité morbide distincte, dont M. LEGENDRE rapporte les principaux traits. La maladie se déclare généralement à un âge peu avancé et reconnait pour cause principale l'hérédité, sinon l'hérédité de la maladie même, du moins celle d'une affection nerveuse quelconque. Elle débute par une incoordination motrice spéciale, consistant en secousses musculaires qui agitent l'un des membres supérieurs, puis l'autre, et la face, pour gagner ensuite les membres inférieurs. Le caractère constant des grimaces et des contorsions qui en résultent, est leur soudaineté et leur rapidité. Ces crises d'incoordination motrice disparaissent avec le sommeil, qui est d'autant plus profond que les accès ont été plus longs et pénibles. Pendant ce temps l'état physique du malade est aussi satisfaisant que possible, l'état mental reste normal et l'état moral ne subit aucune influence fâcheuse.

Au deuxième stade de la maladie, on voit apparaître le curieux phénomène de l'écholalie, qui consiste en un cri inarticulé que le malade pousse avec force et répète plusieurs fois de suite et à intervalles variables; en même temps, il existe chez certains malades une tendance invincible à imiter les gestes et les actes qu'ils voient exécuter autour d'eux. Ensuite on constate un autre symptôme pathognomonique, caractérisé par l'émission irrésistible et à haute voix d'une expression obscène qui offre un contraste frappant avec l'éducation et l'état mental des malades. La marche de cette affection est lente et insidieuse, présentant parfois des périodes de rémission, mais entraînant toujours un pronostic d'incurabilité.

ORBILLONS, CONVULSIONS, MORT, par M. le Docteur MICHALSKI. (N° 116.)

DES MORPHIOMANES, DES OPIOPHAGES ET DES FUMEURS D'OPIUM, par M CH. ÉLOY. (N° 122.) — Tout le monde connaît le danger de la suppression brusque de la morphine et de l'opium et les accidents auxquels elle expose. Parmi les différentes médications préconisées, l'auteur rapporte le traitement de M. Mattison, qui est basé sur l'administration méthodique

des bromures, dont on augmente la dose proportionnellement à la diminution graduelle de la quantité d'opium.

TRAVAUX RÉCENTS SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA CHORÉE, par M. PAUL LE GENDRE. (N° 130.) — L'auteur rappelle les différentes théories émises sur la pathogenie de la chorée. Adversaire de la théorie rhumatismale, M. Jouffroy proclame la chorée une *névrose cérébro-spinale*, liée à l'évolution du système nerveux, c'est-à-dire une *névrose de croissance* contre laquelle il prescrit 4 grammes de chloral en trois prises administrées après le repas chez les enfants au-dessus de 10 ans, et des doses plus faibles chez les enfants plus jeunes. Quand la chorée est très grave, M. Jouffroy prescrit l'enveloppement, matin et soir, dans un drap mouillé pendant deux ou trois minutes ; en même temps le malade est frictionné vigoureusement, puis enroulé dans une couverture de laine où on le laisse pendant une demi-heure.

MÉTALLOTHÉRAPIE, par le Dr MORICOURT. (N° 145,) — Un certain nombre de névropathes présentent une anesthésie absolue que l'application externe des métaux ne fait pas disparaître. Dans ces cas, on détermine l'idiosyncrasie métallique et on fait revenir la sensibilité par l'emploi des injections sous-cutanées de sels métalliques. Les sujets atteints de léthargie, de catalepsie ou de somnambulisme spontanés, de même que les sujets hypnotisables ou magnétisables, sont presque toujours (9 fois sur 10) sensibles au cuivre et à l'or, quelquefois à ces deux métaux. On s'en assure par l'injection sous-cutannée de quelques milligrammes de sulfate de cuivre ou de chlorure d'or.

REVUE DE LA SUISSE ROMANDE

(Année 1885)

UN CAS D'HÉMORRAGIE MÉNINGÉE, par le Dr GŒTZ. (N° 5.)

UN CAS D'ANGINE DE POITRINE CONSÉCUTIVE A UNE NÉVRALGIE CERVICALE DROITE. — URTICAIRE ET DÉLIRE QUINIQUES, par le Dr GAUTIER. (N° 6.) — Délire violent mais de courte durée chez un malade, qui avait ingéré cinq grammes de sulfate de quinine en quarante-huit heures.

HYDROCÉPHALIE ET TUMEUR CÉRÉBRALE, par MM. PREVOST et RAVENEL. (N° 8.) — Observation d'un enfant qui devient aveugle, idiot et hydrocéphale à la suite d'accidents convul-

sifs, ayant débuté à l'âge de quatre ans. — A l'autopsie, on trouve une hydrocéphalie interne avec grande dilatation ventriculaire, et on constate l'existence d'une tumeur (fibro-sarcome) occupant l'espace compris entre l'hexagone artériel, englobant le chiasma, le tuber cinereum, les tubercules mamillaires, et s'enfonçant en profondeur dans le troisième ventricule.

DÉGÉNÉRATIONS SECONDAIRES ASCENDANTES DANS LE BULBE RACHIDIEN, DANS LE POINT ET L'ÉTAGE SUPÉRIEUR DE L'ISTHME, par M. LAWENTHAL. (Nos 9 et 10.)

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

(Mai 1885)

LES VAISSEAUX SANGUINS DU CERVEAU A L'ÉTAT NORMAL ET A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE, par le professeur OBERSTEINER. — Traduction du Dr MUSGRAVE CLAY.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'AGORAPHOBIE, par M. le Dr GROS. — Recueil d'observations d'agoraphobie et de différentes formes de névroses émotives.

PARALYSIE GÉNÉRALE D'ORIGINE TRAUMATIQUE, par le Docteur MABILLE.

FOLIE A DOUBLE FORME INTERMITTENTE PRÉCÉDÉE D'ACCÈS ISOLÉS DE MANIE ET DE MÉLANCOLIE ET FINISSANT PAR PRENDRE LE TYPE CIRCULAIRE, par le Dr MARTINENQ.

DE LA VALEUR DES RÉSULTATS D'AUTOPSIE DANS LA DÉTERMINATION DE L'ÉTAT MENTAL, par le Dr CHATELAIN. — D'après les résultats d'autopsie peut-on juger de l'état mental d'un individu ? Rapport du Dr Chatelain concluant par la négative.

(Juillet 1885)

NOTE SUR LA TRANSFORMATION DE LA FOLIE SIMULÉE, LA FOLIE VÉRITABLE, par le Dr PARANT. — Les auteurs admettent généralement que la simulation de la folie peut conduire à la folie véritable. M. Parant est moins absolu et croit que de pareilles affirmations ne reposent pas sur des faits assez nombreux et suffisamment probants.

CONSIDÉRATIONS SUR LES RELATIONS QUI EXISTENT ENTRE LES SYMPTOMES PSYCHIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET LES LÉSIONS ANATOMIQUES DE CETTE MALADIE, par M. le Dr CAMUSET.— Les lésions de la paralysie générale rendent parfaitement compte

de l'état de démence dans lequel tombent les malades, mais le délire qui accompagne généralement cette maladie, est tout à fait indépendant des lésions connues.

Influence de la menstruation sur la transformation de la manie en délire aigu. Accès de manie. Symptomes graves de délire aigu a l'époque des règles. Guérison; par M. Baillarger.

(Septembre 1885)

Deux observations d'ataxie locomotrice et de paralysie générale recueillies en 1833 et en 1834, par M. Baillarger.

Note sur quelques cas de sialorrhée d'origine nerveuse, par le Dr Mabille.

Quelques exemples de folie communiquée, par le Dr Baillarger.

Paralysie générale chez un héréditaire, par M. Christian.

G. Boyé.

JOURNAUX ALLEMANDS

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT

1885. 1er janvier — 1er mars

Contribution a la doctrine de l'ataxie spinale, par W. Erb de Heidelberg. La théorie de l'ataxie des tabétiques est toujours le sujet des plus vives discussions. L'auteur rapporte une longue observation d'ataxie spinale sans trouble de la sensibilité, par conséquent favorable à la théorie de l' « ataxie motrice », et contraire à la théorie rivale, celle de l' « ataxie sensorielle » qui considère les troubles de la sensibilité comme primitifs. La théorie sensorielle de l'ataxie ne paraît pas pouvoir être soutenue si l'on prouve qu'il y a des cas dans lesquels il existe : 1° une lésion spinale de la sensibilité, sans ataxie, ou 2° une ataxie spinale, sans aucun trouble de la sensibilité.

Du role des dyscrasies dans la genèse des névroses et des psychoses, par O. Muller, de Blankenburg. — Une

des sources les plus fécondes des troubles aigus ou chroniques du système nerveux est l'absorption, dans le sang, de substances étrangères ; on sait que le système nerveux réagit d'une manière différente d'après la quantité et la qualité de ces substances; on ignore en grande partie la nature des changements qu'elles y déterminent. L'observation clinique nous montre, dans un organisme dont le sang est empoisonné par l'alcool, le plomb, la malaria, la syphilis, etc., des phénomènes pathologiques du système nerveux qu'on ne peut expliquer que par l'hypothèse vague et obscure de ce qu'on nomme une *diathèse* spécifique. Laissant de côté les cas aigus qu'on doit considérer comme une une intoxication aiguë, l'auteur étudie ici les formes chroniques des dyscrasies du sang dans leurs rapports avec la genèse des névroses et des psychoses dans lesquelles il ne s'agit pas de processus destructifs du tissu nerveux, mais seulement de lésions *diffuses, moléculaires*, lésions sur la nature desquelles le microscope et la chimie physiologique nous laissent encore dans le doute, mais qui sont évidemment les causes premières de ces états névropathiques ou psychopathiques, fugitifs ou périodiques d'abord, qui, par la répétition, par une sorte d'accumulation d'effets, finissent par déterminer des phénomènes de faiblesse et d'excitation du système nerveux. Ces oscillations périodiques entre la rémission et l'exacerbation, qui caractérisent ces états, ne permettent pas encore d'admettre aucune lésion localisée du système nerveux : elles n'indiquent que des modifications transitoires dans la composition du sang et la circulation. L'ensemble de presque tous les symptômes généraux des névroses de nature anémique, des athénies, présente un tel caractère.

L'auteur comprend et classe dans deux groupes les causes d'empoisonnement da sang : I. Intoxication hétérogène, résultant du mélange, dans le sang, de corps étrangers existant en dehors de l'organisme et introduits dans l'économie par les organes de la respiration et de la digestion. II. Intoxication autogène, dans laquelle se développent des diathèses d'origine interne et qu'on doit considérer comme des produits d'une dyscrasie.

Outre les substances toxiques, le premier groupe comprend les bactéries, dont l'action sur le sang et le système nerveux provoque des réactions fébriles, des paralysies, des délires, des névralgies, bref, des perturbations dans les fonctions les

plus diverses du système nerveux. Les fonctions de la cellule nerveuse plus ou moins profondément modifiée par ces produits pathogènes, ou s'arrêtent, ou, comme dans les cas graves, disparaissent tout à fait. Relativement aux gaz toxiques, il est remarquable que ces substances provoquent des troubles et des lésions *spécifiques* du système nerveux ; elles agissent localement. Quelques-unes portent leur action sur le système nerveux central, sur les processus psychiques, d'autres sur les nerfs sensibles ou moteurs, d'autres sur les nerfs des sens ou du grand sympathique. On est porté à admettre, par analogie, qu'il existe dans la paralysie progressive, dans la mélancolie, dans l'hystérie, certains changements dans la composition du sang, au moins pendant les premiers stades, alors qu'il s'agit de troubles fonctionnels diffus, « moléculaires », du système nerveux.

Au second groupe (intoxications autogènes) appartiennent le diabète, la cholémie, l'urémie ; les états comateux qu'ils provoquent sont de véritables paralysies aiguës, dont la terminaison fatale étonne si souvent. Les dyspepsies peuvent aussi présenter des états comateux et de graves phénomènes nerveux aigus. Litten et Senator ont observé le *coma dyspepticum*. Quant aux dyspepsies rebelles et tout à fait graves qui accompagnent presque toutes les psychoses, mais surtout la mélancolie anxieuse, nous devons admettre qu'elles peuvent provoquer des dyscrasies subaiguës et chroniques. Tout trouble fonctionnel essentiel de la rate, du foie, des reins, sans parler des organes digestifs, retentit sur la nutrition du système nerveux. De là l'attention que méritent ici les catarrhes chroniques de l'estomac et de l'intestin, les affections inflammatoires du foie et des reins, les hypertrophies et les atrophies de la rate. Inutile d'insister sur les rapports de la goutte, du rhumatisme, du diabète, de l'albuminurie, de l'hémoglobinurie, etc., avec les maladies du système nerveux : il s'agit toujours de dyscrasies autogènes et de leurs suites.

Il n'en est pas de même des rapports entre l'absorption d'oxygène et l'exhalation d'acide carbonique, cause capitale dans la production des dyscrasies du sang ; or, entre tous les tissus de l'organisme, ceux du système nerveux ont surtout besoin d'un sang riche en oxygène pour l'entretien de leurs fonctions. Le séjour dans un air vicié joue un rôle dans la genèse des névroses et des psychoses diffuses asthéniques,

des mélancolies, qui si souvent sont amenées par le défaut d'exercice, la vie sédentaire, une respiration superficielle. Consécutivement aux altérations du sang et de la circulation, le sommeil est souvent troublé ; ces causes agissent en effet sur le mécanisme de la circulation du sang dans le cerveau, nuisent au besoin de repos de l'organe et diminuent par conséquent son énergie et sa puissance fonctionnelle. Si, dans le cerveau ou dans d'autres provinces du système nerveux, il existe des troubles circulatoires locaux, il en résultera des lésions et souvent des maladies incurables.

On sait encore peu de chose des rapports du sang qui circule dans les artérioles et les capillaires avec le système nerveux vaso-moteur : ce qui paraît le plus vraisemblable, c'est que la nature, la composition du sang exerce sur ce système une influence directe et que les névroses vasculaires dérivent en grande partie des altérations du sang. L'action étonnante qui suit l'absorption de certaines substances dans l'organisme humain, l'action, par exemple, de l'amylnitrite sur le cœur et sur le système vasculaire, ne permet point de douter qu'il suffit d'une quantité très minime de certaines substances pour produire des effets considérables sur le système nerveux.

La chimie physiologique paraît être appelée, plus que ce n'a été le cas jusqu'ici, à jeter sur le processus évolutif des névroses la lumière qu'on attendait surtout du microscope et de l'anatomie pathologique : la chimie physiologique et l'analyse spectrale nous ouvriront peut-être à cet égard de nouveaux horizons.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT

1885.

Faits cliniques et anatomo-pathologiques de la maladie de Thomsen, par W. Erb, d'Heidelberg. — Dix ans bientôt se sont écoulés depuis que Thomsen a décrit la maladie qui porte son nom, maladie dont l'intérêt pratique est aussi grand que la portée scientifique. C'est à peine pourtant si une vingtaine de cas de cette affection ont été publiés. Quoique toute la maladie ne consiste que dans un trouble unique des muscles volontaires, la pathologie et l'anatomie pathologique en sont encore entourées d'obscurité : dans cinq cas où des fragments de muscles excisés ont été examinés, on n'a trouvé rien d'anormal. Même incertitude sur le siège et

l'origine du mal. A-t-on affaire à une affection neuropathique ou myopathique? La première condition pour pouvoir répondre d'une manière définitive à cette question, serait naturellement une connaissance aussi étendue que possible des faits cliniques et anatomo-pathologiques relatifs aux nerfs moteurs et aux muscles. Sans cela, tout ce que l'on dira sur la nature de cette maladie ne sera que l'expression d'opinions et de vagues hypothèses.

Deux cas de maladie de Thomsen, chez deux frères de 14 et 15 ans, se sont justement présentés récemment à la clinique de l'auteur. Erb a d'abord insisté avec le plus grand soin sur l'examen des nerfs moteurs et des muscles (excitations mécaniques et électriques) ; il a ensuite étudié au microscope des fragments de muscles excisés sur l'un des malades et, plus heureux que ses prédécesseurs, il a découvert des modifications très nettes des fibres musculaires.

Voici le résultat sommaire de ces recherches cliniques et anatomo-pathologiques :

L'unique symptôme de l'affection — innée et déjà notée dès la première enfance — des deux malades, consistait dans la tension et la raideur musculaire au début des mouvements volontaires accomplis après un repos de quelque durée ; cette raideur augmente tout d'abord, puis elle se détend avec le mouvement continu pour faire place à la fin à une mobilité parfaitement libre : développement puissant, athlétique de la musculature, avec une force relativement médiocre. (Toutes les autres fonctions nerveuses pleinement normales. Point d'autres cas de la maladie de Thomsen dans la famille de ces deux malades.) Dans la marche, dans la flexion répétée de l'avant-bras, etc., lenteur et difficulté des mouvements au début, raideur et tension musculaire croissante, puis mobilité plus grande, et enfin complète. Dans le déploiement de mouvements volontaires énergiques contre une résistance, forte contraction tonique des muscles, qui persiste après que l'action volontaire a pris fin et empêche d'autres mouvements de se produire : la durée consécutive de cette contraction volontaire, de ce tonus, est d'environ 10 à 25 secondes.

L'examen objectif, au moyen des excitations mécaniques et électriques, révèle une différence très nette entre les nerfs moteurs et les muscles ; il est donc naturel d'exposer séparément les résultats obtenus à cet égard.

I. Les *nerfs moteurs* manifestent à l'excitation mécanique (marteau à percussion) une excitabilité plutôt abaissée; point de contractions consécutives. Réactions quantitativement normales aux courants galvaniques et faradiques; les contractions sont très brèves, instantanées, et, à moins de sommation des excitations, n'ont qu'une durée consécutive nulle où très petite.

II. Les *muscles*, au contraire, présentent une excitabilité mécanique fort élevée. A la simple pression déjà, et plus encore avec le marteau à percussion, se produisent de fortes contractions toniques des faisceaux intéressés. Ces contractions persistent très longtemps et, suivant l'intensité de l'excitation, ont une durée consécutive de 12 à 30 secondes. Les muscles sont partout facilement excitables par les courants galvaniques ou faradiques; avec de forts courants, la durée consécutive des contractions toniques s'élève jusqu'à 20 secondes et plus; celle des contractions déterminées par le courant galvanique peut persister, suivant la force du courant, de 5 à 30 secondes.

Tous ces phénomènes ont trait, d'une manière générale, aux muscles volontaires : les extrémités, dans toutes leurs parties, en fournissent la plus belle démonstration; mais on les observe aussi sur les muscles du tronc, du ventre, des épaules, etc.; ils sont moins nets sur les muscles de la face, si ce n'est pourtant sur ceux du menton et de la lèvre inférieure; les muscles masticateurs les mettent en plein relief, et surtout la langue.

Arrivé au terme de son travail, l'auteur estime qu'il s'agit en réalité, dans la maladie de Thomsen, d'une modification dans la forme de contraction des muscles : la *lenteur* (allongement de la période d'excitation latente?) et la *durée* consécutive des contractions en sont les caractéristiques. Bref, on peut, pour désigner cette anomalie, se servir d'un mot introduit par Strümpell, et l'appeler « contraction myotonique » ou « trouble myotonique des muscles. »

On la provoque directement sur les muscles, cette contraction, au moyen d'excitations mécaniques ou électriques; mais, pour agir de même sur le système nerveux, il faut, comme il paraît, une suite rapide d'excitations accumulées (excitation volontaire, courants électriques).

Quant au fragment de muscle excisé sur le biceps du bras de l'un des malades d'Erb, si l'examen microscopique de la

préparation à l'état frais ne laisse guère constater d'anorma que la largeur des fibrilles musculaires, la même préparation, durcie dans le liquide de Müller et colorée avec l'hématoxyline, permet de voir une hypertrophie considérable des fibrilles musculaires. Tandis que la largeur de celles-ci, à l'état normal, oscille entre 25 et 65 μ, Erb a trouvé ici de 24 à 180 μ; plus de la moitié (56 0/0) des fibres présentait une largeur de 80 à 140 μ; 2 0/0 seulement avait une largeur inférieure à 40 μ, et 8 0/0 supérieure à 140 μ! Des mesures comparatives, portant sur le biceps d'un adulte mort d'une maladie aiguë et qui n'avait que peu maigri, ont montré à Erb que la largeur des fibrilles musculaires oscillait entre 12 et 80 μ; 90 0/0 des fibres avaient de 20 à 60 μ; plus de la moitié (62 0/0) entre 40 et 60 μ; au-dessous de 20 μ, 7, 5 0/0, mais aucune fibre au-dessus de 80 μ. Les fibrilles diffèrent aussi de forme dans la maladie de Thomsen. Jusqu'ici Erb n'a rien noté relativement au tissu connectif et aux vaisseaux; en tout cas, il n'existe point de prolifération du tissu connectif et de ses noyaux.

C'est le cas, au contraire et dans une proportion considérable, pour les noyaux du sarcolemme. Cela apparaît déjà nettement sur de simples coupes transversales, où l'on peut compter de 3 à 12 noyaux aux bords de chaque coupe, alors que sur des fibres normales on n'en compte que de 1 à 3 et souvent aucun. Cette prolifération nucléaire se montre également sur ces coupes transversales.

L'auteur ne veut pas encore insister sur ce qu'on peut inférer de ces modifications anatomiques pour la localisation propre de la maladie de Thomsen, mais il laisse clairement paraître qu'elles lui semblent favoriser au plus haut point la théorie myopathique de cette affection.

Jules Soury.

Un faisceau particulier du cordon latéral de la moelle. Origine de la racine ascendante du trijumeau. Bechterew (Wratsch. 1885, nº 26).

L'auteur a trouvé sur des coupes de la moelle fœtale (son procédé est celui de Weigert) un faisceau particulier, placé à côté de la ligne d'émergence des racines postérieures des nerfs spinaux, entre cette ligne et le faisceau pyramidal. La

place de ce faisceau correspondrait, d'après Bechterew, à des fibres décrites dernièrement par Lissaner (*Centralblatt*, n° 11) et dont il a observé la dégénérescence dans le tabes. Ces fibres se distingueraient dans la moelle adulte par leur petit calibre. Elles auraient une marche ascendante dans la moelle et auraient pour point de départ la partie externe de la corne postérieure. Une partie de ces fibres traverserait la substance gélatineuse de Rolando, tandis qu'une autre se rendrait dans les cordons postérieurs.

Après la section de la moelle, on observe la dégénérescence ascendante de ces fibres.

Les fibres nerveuses qui constituent la racine ascendante du trijumeau possèdent une gaine de myéline chez le fœtus de 25 à 28 centimètres.

La racine ascendante du trijumeau prendrait naissance, d'après Bechterew, dans la partie supérieure de la moelle cervicale, un peu au-dessous de l'entrecroisement des pyramides. Les fibres nerveuses parties des cornes postérieures se réunissent en dedans et en avant de la substance gélatineuse de Rolando et forment, en changeant de direction au niveau de la partie supérieure de l'entrecroisement des pyramides, un faisceau serré qui se dirige en haut au point d'émergence de la racine commune du trijumeau.

L'opinion de Krause, qui regarde la racine ascendante du trijumeau comme issue de la substance gélatineuse de Rolando, serait erronée.

Influence de l'excitation des nerfs sensitifs sur le système vasomoteur de l'homme. Istomanow (Thèse de Saint-Pétersbourg).

Les excitations tactiles faibles, le chatouillement, les odeurs désagréables, les substances acides ou amères, les excitations lumineuses ou de l'ouïe produisent au point appliqué l'abaissement de la température, une diminution de volume de l'extrémité excitée, quelquefois une augmentation générale de la pression sanguine et un changement dans l'activité du cœur.

Les excitations douloureuses, la sensation du chaud ou du froid, les odeurs agréables, les substances d'un goût agréable et plus particulièrement les substances sucrées produisent une action diamétralement opposée.

Le résultat ne change pas quand, au lieu de se servir d'une excitation réelle, on en suggère l'idée à la personne en expérience.

L'auteur croit devoir admettre l'action des centres nerveux supérieurs dans la production des phénomènes vasomoteurs observés.

M. Istomanow essaye, d'autre part, de déterminer l'action de diverses excitations périphériques sur la pression intracranienne. Le crâne des animaux qui lui ont servi pour ses recherches était ouvert par la méthode de Salathé. L'auteur a eu l'occasion d'expérimenter en même temps sur un garçon de 11 ans et un homme de 45 ans dont la boîte cranienne était ouverte à la suite de lésions pathologiques. Il résulte de ces recherches que ceux des agents d'excitation qui provoquent la constriction des vaisseaux périphériques déterminent en même temps la dilatation des vaisseaux intracraniens ; ceux d'entre eux qui agissent en dilatant les vaisseaux périphériques jouent à l'égard des vaisseaux craniens le rôle de constricteurs.

Étiologie de la chorée. MAX THOMAS (Thèse de Berlin, 1885).

Sur 19 cas observés, le rhumatisme aigu n'existait qu'une seule fois. Il précédait la chorée qui était venue à sa suite. Les lésions organiques du cœur manquaient chez les 19 sujets observés. Le souffle anémique existait dans un cas. L'auteur nie, à la suite de ces observations, les rapports étiologiques entre la chorée et le rhumatisme.

Des convulsions produites sous l'influence de l'excitation électrique de la substance corticale du cerveau. ZIEHEN (Thèse de Berlin, 1885).

De ses recherches faites au laboratoire du professeur Munke, l'auteur conclut que « les convulsions toniques dépendent de l'excitation des centres situés au-dessous de l'écorce du cerveau ; par contre, les convulsions cloniques se font sous l'influence de l'excitation de l'écorce elle-même. » Le fait que les convulsions cloniques se suivent dans un ordre correspondant à la diposition des centres moteurs de l'écorce, tandis que les convulsions toniques ne présentent qu'exceptionnellement cette particularité, semble plaider en faveur de cette manière de voir. Les convulsions des épileptiques auraient pour point de départ l'excitation primitive des centres sous-corticaux (toniques) ; l'excitation *secondaire* de l'écorce produirait les convulsions cloniques.

Contribution à l'étude de la pathologie et de l'anatomie pathologique de la moelle. Homen (Fortschr. d. Med. 1885, nº 3).

L'auteur a opéré 48 chiens en automne 1884. Il leur coupait la moelle tantôt dans la portion lombaire, tantôt dans la portion cervicale. Les animaux survécurent à l'opération de deux jours à neuf mois.

Dès le troisième jour, M. Homen constatait le commencement de la dégénérescence des cordons postérieurs dans la partie située au-dessus de la blessure. Le cylindre axe présentait, dès cette époque, la division moléculaire. Dès le cinquième jour, la transformation envahissait les cordons latéraux. Leur partie située au-dessous de la coupe était atteinte la première. La transformation de la myeline suivait de près celle du cylindre axe, mais ne la précédait jamais.

Dès le vingtième jour, toutes les fibres nerveuses des parties en dégénérescence étaient prises. Il en existait pourtant quelques-unes intactes dans la partie de la moelle située au-dessous de la blessure. Les cellules de la névroglie étaient pour la plupart gonflées, transformées en cellules étoilées. On trouvait des corpuscules amylacés épars. Chez des animaux qui ont survécu un à deux mois à l'opération, il était presque impossible de distinguer sur la coupe les éléments nerveux des éléments conjonctifs. Huit à neuf mois après l'opération, on constatait la cicatrisation de la plaie et la transformation complète de la névroglie, transformation qui se propageait au delà des voies suivies par la dégénérescence secondaire.

L'auteur croit avoir constaté, dans la partie de la moelle située au-dessus de la plaie (chez des animaux qui ont survécu quelques mois à l'opération), l'atrophie cellulaire dans les colonnes de Clarke.

La compression, les tiraillements ou écrasements de la moelle produisent les mêmes effets que la section.

L'ordre suivi par la dégénérescence est toujours le même : les cordons postérieurs sont envahis les premiers et le plus souvent simultanément dans toute leur étendue. Viennent ensuite les cordons antérieurs et latéraux, puis les faisceaux cérébelleux directs.

Endotheliome de la base du cerveau. Finska Lakaresallsk. (Hanl. 1884, xxvi, Homen och Linden.)

Les auteurs citent un cas d'endotheliome de la base du cerveau, chez une fille de 11 ans, dont l'apparition coïnciderait avec une chute sur l'occiput. Il y eut plusieurs remissions dans le cours de la maladie.

Acetonurie chez des aliénés. HANS LAHR (Allg. Zeitschr. f. Psych, 1885, XLII, I).

L'auteur a examiné, à ce point de vue, l'urine de 100 aliénés. L'acétonurie n'est point un symptôme grave; elle est tout simplement liée à une nutrition insuffisante. Si le malade reste privé pendant très longtemps d'aliments, l'acétonurie disparaît souvent.

M. Lohn doute fort que l'acétone existe dans l'organisme. Ce dernier ne renferme qu'une substance qui se transforme ensuite en acétone.

Manie aiguë suivie de convulsions partielles. SEBASTIAN LEVY (Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie, 42, I).

Une jeune fille de 19 ans (mère hystérique) éprouve des chagrins d'amour au mois de janvier 1885 et se refroidit le 25 octobre à un enterrement. Fièvre. Névralgie occipitale. Le soir du 31 octobre, elle devient tout d'un coup excitée et redevient calme quelques heures plus tard, après l'administration du chloral. Dort bien la nuit. Le lendemain soir, l'excitation réapparaît et prend de telles proportions qu'on est obligé de conduire la malade à l'asile, où elle entre avec tous les symptômes d'une maladie aiguë. Dès le second jour du séjour à l'asile, apparaissent des convulsions généralisées.

Redevient calme le soir du quatrième jour. Te 38° 4. Pouls accéléré. Langue couverte d'un enduit blanchâtre.

Dans la nuit apparaissent quelques convulsions. Le lendemain on observe des convulsions des muscles de la face du côté gauche et du bras gauche. Dans l'intervalle compris entre les convulsions, la malade reste immobile, apathique. Le 5 novembre, la malade reste immobile toute la journée. La température monte à 39° le soir. Nuit agitée.

Le 6 novembre, la malade perd entièrement connaissance et ne prend pas de nourriture. Reste couchée sur le dos. Tête inclinée à gauche, les yeux tournés à gauche. Convulsions presque ininterrompues dans les muscles innervés par le facial gauche. Ne réagit pas aux piqûres. Pouls accéléré. Température 38° 3.

Le 7 novembre, même état. Les convulsions envahissent le bras gauche. Carphologie. Urine sous elle. T° 38° 3 à 39° 7.

Le 8 novembre, convulsions continues dans le domaine du facial, de temps en temps aussi à droite. Convulsions des membres supérieurs et inférieurs droits. Morsures multiples à la langue. Quelques râles en arrière et à droite. Température 40° 7. Pouls petit, accéléré. A minuit les convulsions disparaissent et la malade meurt une heure après leur disparition, par arrêt du cœur.

On a porté le diagnostic de meningite pendant la vie.

L'autopsie n'a pas confirmé ce diagnostic. On n'a rien trouvé au cerveau.

Kystes dermoïdes de l'ovaire. Ovarite chronique.

La dénomination d' « hystérie aiguë, mortelle » (Meyer) ne convient pas à ce cas. L'auteur appelle l'attention sur l'absence d'une dénomination appropriée à ce genre de cas.

Lésions des circonvolutions frontales regardées comme cause du changement subit du caractère. Klemenciewicz (Wiener Med. Vochenschr. 1885, n° 7).

Fracture de la moitié gauche de l'os frontal produite par une chute sur cette région. Pas de symptômes cérébraux. Pas de perte de la conscience. Pas de troubles de sensibilité ou de motilité. Le caractère du malade, très doux auparavant, change tout d'un coup. Le malade devient irritable, se moque des gens qui l'entourent, les insulte, leur cherche querelle. Le patient n'a jamais abusé des boissons. La mort par pyémie (suppuration dans l'articulation du genou blessé pendant la chute) arrive plusieurs semaines après l'accident.

Les lésions de la substance cérébrale ne dépassent nulle part les limites des circonvolutions frontales. Elles sont surtout prononcées autour du gyrus rectus, à droite moins qu'à gauche.

Contribution à l'anatomie des olives supérieures. Bechterew (Vratsch, 1885, n° 32).

L'auteur s'est servi de cerveaux de fœtus. Il résulte de ses recherches que les olives envoient des faisceaux de fibres nerveuses à la partie postérieure des corps quadrijumeaux et au cervelet. De plus elles sont en relation par des fibres nerveuses avec le noyau antérieur de l'auditif, avec le faisceau propre du cordon latéral de la moelle et avec le noyau du mo-

teur oculaire externe, et probablement avec celui du moteur oculaire commun.

Wechterew attribue aux olives supérieures le rôle d'un centre réflexe important. Les olives prendraient une part importante dans la production des mouvements réflexes de l'œil pendant l'électrisation du cervelet ; elles expliqueraient ces mouvements sous l'influence des excitations de l'ouïe ; leur communication avec la moelle expliquerait d'autres réflexes, ceux des muscles de la tête, par exemple.

Présentation du cerveau d'un idiot. Konig (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Id. 42, Heft. 1).

Ce cerveau appartient à un garçon de 11 ans, mort de cachexie, quatrième fils d'une mère syphilitique. (La syphilis avait été contractée par la mère trois mois avant la conception.) Père alcoolique. L'enfant avait l'air bien portant à la naissance, mais devint malade d'une affection du système glanglionnaire vers la fin de la première année. Cette affection persista des mois entiers et « finit par déterminer la paralysie de toutes les extrémités. » L'enfant n'a jamais appris à parler ni à marcher.

Autopsie. Poids du cerveau, 730 grammes. Ventricules latéraux dilatés, remplis d'un liquide séreux.

Développement incomplet des lobes temporaux et occipitaux du cerveau. Les lobes frontaux sont les mieux développés. La substance corticale manque complètement sur les lobes pariétaux et sur la frontale ascendante, à droite comme à gauche. La scissure de sylvius gauche se présente sous forme d'une large fente étendue jusqu'au sillon perpendiculaire externe. La même scissure droite ne présente rien de particulier. M. Kœnig croit à une encéphalite survenue vers le cinquième mois de la vie intra-utérine. Le siège des lésions dans les parties motrices et leur étendue plus considérable à gauche expliquent la parésie des extrémités et sa prédominance à droite.

H. Gilson.

NOUVELLES

Société médico-psycologique de Paris. — *Séance du* 18 *mai* 1885. — M. le Dr Dubuisson, médecin adjoint de l'Asile Sainte-Anne, est nommé membre titulaire. — M. le Dr Georges Labitte est nommé membre correspondant.

Séance du 27 *juin*. — M. le professeur A. Tebaldi, de Padoue, est nommé membre associé étranger.

Concours pour l'internat en médecine dans les asiles d'aliénés de la Seine — Ce concours s'est ouvert le 30 novembre, à midi, à l'Asile Sainte-Anne. Le jury était ainsi composé : M. Legrand du Saulle, président ; MM. Bouchereau, Briand, Charpentier, Delens, Mecklen, Vallon, juges.

Question écrite : *Racines des nerfs rachidiens.* — Les deux autres questions restées dans l'urne étaient : *Nerf facial.* — *Artères du cerveau.*

Questions orales : 1re Série : *Signes et diagnostic du cancer de l'estomac; Fracture compliquée de la jambe.* — Les questions restées dans l'urne étaient : *Symptômes et marche de la fièvre typhoïde ; Hernie inguinale étranglée.* — *Symptômes et diagnostic de l'angine diphthéritique; Angeioleucite.*

2e Série : *Symptômes des épanchements liquides de la plèvre; Hydarthrose du genou.* — Les questions restées dans l'urne étaient : *Varioloïde ; Du panaris.* — *Symptômes et diagnostic de la dyssenterie; Signes et diagnostic du cancer du sein chez la femme.*

3e Série : *Symptômes et complications de la scarlatine; Fractures de côtes.* — Les questions restées dans l'urne étaient : *Hémoptysie; Signes et diagnostic du mal de Pott.* — *Symptômes et diagnostic de l'occlusion intestinale; Fracture du col du fémur.*

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Baudoin, Jondeau, Journiac, Klein, Barthomeuf comme internes titulaires et de MM. Arnaud, Landrieu, Houeix de la Brousse, Paterne, Fournier, comme internes provisoires.

Concours pour l'internat en pharmacie dans les asiles de la Seine. A la suite de ce concours ont été nommés

Internes titulaires : MM. Guillaume, Opoix, Decouard, Houssaye.

Internes provisoires : MM. Hourquette, Pailloz, Thézée, Bardeau.

Mouvement de la population des asiles de la seine pendant l'année 1885. — Le nombre des aliénés traités au compte du départemnt de la Seine, tant dans les Asiles départementaux que dans les Asiles intérieurs, était, au 31 décembre 1883, de.. 8.907

Dans le courant de l'année 1884, le nombre des admissions, tant à Paris qu'en province, a été de............... 4.295

Le chiffre des aliénés traités en 1884, a donc été de 13.202

Les sorties définitives (guérisons, décès), se sont élevées à... 3.810

En sorte que le 31 décembre 1884, le nombre des aliénés restant en traitement était de..................... 9.392

Il y a donc eu, de 1883 à 1884, une progression constante dans le nombre des malades restant au 31 décembre, soit une augmentation de................................ 485

Il y a lieu d'ajouter, pour mémoire, les enfants non guéris qui, pour cause d'encombrement, ont été remis à leur famille avec secours en argent, soit....................... 15
qui, ajoutés aux 9.392
malades présents au 31 décembre 1884 dans les Asiles, donnent un total d'existants de........................... 9.407

L'augmentation réelle sur l'année 1883 est donc de 485 plus 15 égal... 500

Asile Sainte-Anne. — M. le professeur Ball a commencé ses leçons cliniques à l'Asile Sainte-Anne, le dimanche 8 novembre, à 10 heures, et les continue les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

Notre collaborateur et ami, M. Jules Soury, professeur à l'Ecole pratique des Hautes Études, a été nommé, par acclamation, président d'honneur du premier congrès international d'anthropologie criminelle qui s'est tenu à Rome, en novembre 1885, sous la présidence de l'illustre professeur Lombroso.

NÉCROLOGIE

J.-B. BAILLIÈRE

J.-B. Baillière, l'éditeur de nombreuses publications sur les sciences médicales, vient de mourir le 8 novembre, à l'âge de 88 ans. Depuis 1818, il a attaché son nom à bien des livres sur l'aliénation mentale et sur les maladies nerveuses, et, à ce titre, l'*Encéphale* désire payer un tribut à sa mémoire.

La bienveillance d'Esquirol le mit de bonne heure en relations avec les hommes distingués qui, après avoir été ses élèves à la Salpêtrière, prirent à leur tour un rang élevé dans la science. Après Georget, Félix Voisin, Falret, Cazauvieilh, Leuret, ce furent Lélut, Calmeil, Foville, Trélat, Brierre de Boismont, Cerise, Moreau de Tours, Morel, Marcé, Guislain, Prosper Lucas, dont il publia les travaux.

En 1865, il publiait les *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal*, de M. Luys, puis en 1873, l'*Iconographie photographique des centres nerveux*. Citons encore le *Traité des maladies mentales* de M. Dagonet, 18 et 1876, le *Traité des maladies du système nerveux* de W. Hammond, traduit par Labadie-Lagrave, les *Leçons cliniques sur les maladies mentales* et le *Traité de la paralysie générale des aliénés*, de M. Auguste Voisin.

Dès 1852, la croix de la Légion d'honneur vint récompenser les services rendus à la science, par les importantes publications de J.-B. Baillière. Sa longue existence a été consacrée toute entière au travail.

D'une activité infatigable, ce courageux et aimable vieillard ne consentit à prendre un peu de repos, que le jour où la perte de la vue et les infirmités vinrent apporter un obstacle à son labeur opiniâtre. Il eut du moins la consolation de voir ses deux fils continuer son œuvre.

Les funérailles de J.-B. Baillière, conduites par MM. Emile, Henri et Paul Baillière et son gendre M. le Dr Auguste Voisin ont été célébrées au milieu d'une affluence considérable dans laquelle on remarquait un grand nombre de notabilités médicales.

Charles ROBIN

L'une des figures scientifiques les plus remarquables de notre époque vient de disparaître brusquement, enlevée par un de ces coups soudains qui semblent d'autant plus foudroyants qu'ils étaient moins attendus.

Bien que Charles Robin n'ait pas été l'un de ceux qui ont consacré leur activité et leur intelligence à l'étude du système nerveux et de ses maladies, bien qu'il ait voué sa vie à des études différentes de celles que nous cultivons, il nous appartient comme l'une des gloires scientifiques de l'école française et comme l'un des maîtres de l'histologie dont il a été incontestablement le fondateur en France

Une vie aussi bien remplie, une existence aussi laborieuse ne peuvent certainement pas être racontées dans les pages de ce journal.

Nous ne rechercherons nullement à retracer cette carrière trop brusquement terminée; nous voulons seulement en rappeler les traits les plus caractéristiques.

Nous trouvons chez Robin trois hommes différents et qui cependant se complètent mutuellement, car tout se tenait dans cette intelligence systématique, coulée en un seul bloc. Robin était un histologiste, et à ce titre, il a été un fondateur d'école. Robin a été un philosophe, et à cet égard, il s'était enrôlé dans les rangs militants d'une doctrine célèbre et qui a certainement exercé une influence de premier ordre sur l'évolution intellectuelle de notre époque. Enfin, Robin était un homme de lutte, et comme tel, il devait nécessairement ambitionner un jour un rôle politique et pénétrer, grâce à sa célébrité scientifique, dans nos assemblées législatives.

, Comme histologiste, Robin parvenu à l'apogée de sa gloire et de son talent, a vu décroître sa renommée et sa popularité. Des compétiteurs nouveaux s'étaient élancés sur ses pas dans la carrière, ils n'ont pas tardé à le dépasser, précisément à cause de cette opiniâtreté qu'il mettait en toutes choses et qui sur le terrain scientifique en avait fait en quelque sorte un conservateur attardé, tandis qu'au point de vue politique et religieux, il professait les opinions les plus avancées. Toutefois les idées de Robin, trop complétement délaissées peut-être, ont regagné du terrain sur quelques points dans ces dernières années : nous rappellerons à cet égard ses idées sur la structure et les propriétés de la *névroglie* qui tendent à prévaloir sur celles de Virchow.

Comme philosophe, Robin a été un des plus fermes admirateurs d'Auguste Comte, l'un des fondateurs de la Société de biologie et le collaborateur assidu de Littré. La collaboration de ces deux esprits éminents a produit notamment le *Dictionnaire de médecine*, qui restera certainement comme une œuvre de vulgarisation scientifique des plus remarquables, quelle que soit d'ailleurs la valeur intrinsèque que lui reconnaîtra la postérité dans son impartiale justice.

Comme homme politique, Robin n'a joué, il faut en convenir, qu'un rôle effacé. C'est le sort ordinaire des hommes qui, après une longue existence consacrée à d'autres travaux, veulent pénétrer dans ce champ de luttes où des qualités spéciales et une longue préparation sont nécessaires.

Qu'il nous soit permis d'ajouter que Robin était pour nous un ami et que ceux-là seuls qui l'ont approché dans l'intimité peuvent apprécier sa rare bienveillance et ses excellentes qualités.

B. B.

FIN DU TOME CINQUIÈME

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME V

ANNÉE 1885.

Mémoires originaux.

Pages.

BALL (B.). — De la folie consécutive au choléra................. 30
— Du délire aigu (leçon faite à la Clinique de l'Asile Sainte-Anne.. 129
— Du délire ambitieux (leçon faite à la Clinique de l'Asile Sainte-Anne.. 257
BELLANGÉ. — Note sur un cas de tubercule de la moelle épinière (avec planche).. 655
BETTENCOURT. — De l'état des réflexes chez les paralytiques généraux.. 170
DESCOURTIS. — Des injections hypodermiques d'ergotine dans le traitement des attaques congestives de la paralysie générale.. 301
DOYEN. — Considérations sur les terreurs morbides et le délire émotif en général.. 418
FARGES. — Étude sur les fonctions du centre ovale.............. 385
FERRAND et LÉONARD. — Névrose vaso-motrice (avec graphiques). 539
FOVILLE. — Considérations générales sur les asiles d'aliénés de l'Angleterre et de l'Écosse.................................. 1
GILSON. — Les faibles d'esprit................................ 570
GIRAUDEAU. — De l'audition colorée........................... 589
LEGROUX. — Du diagnostic entre la méningite tuberculeuse à son début et le torticolis postérieur rhumatismal aigu chez l'enfant. 21
LÉONARD. — Voy. Ferrand.
LUYS. — Contribution à l'étude des troubles de la parole........ 271
— Contribution à l'étude de la localisation anatomo-pathologique de la paralysie générale sans aliénation...................... 558
— Nouvelles recherches d'anatomie comparée sur les rapports des éléments cérébraux et des éléments spinaux au point de vue de la structure du système nerveux central (avec planche lithographiée)... 641
MARANDON de MONTYEL. — Attentats à la pudeur commis par un alcoolique. Délirium tremens postérieur à l'arrestation......... 286
MOTET. — Médecine légale. Débilité mentale. Perversion intellectuelle et morale. Actes de violence. Adultère. Rapport médico-légal.. 276
POUPON. — Des aphasies puerpérales........................... 393

Pages

RÉGIS. — Un cas de paralysie générale à l'âge des 17 ans....... 570
— Consultation médico-légale.......................... 616
— Notes sur les obsessions anxieuses ou émotives (Délire émotif de Morel).. 659
ROGER. — Des Névrites périphériques.......................... 140
— Deux observations de paralysie agitante accompagnée de troubles intellectuels.................................. 648

Archives cliniques.

DOYEN. — Hébéphrénie avec accidents hystériformes chez l'homme. Démence consécutive.................................. 315
FUSIER. — Epilepsie consécutive à une frayeur vive. Insuccès du bromure de potassium. Guérison par le traitement du Dr Ball. 190
GILSON. — Un cas de cloisonnement transversal du vagin observé chez une imbécile...................................... 41
— Absinthisme chronique. Mélancolie avec conscience. Hérédité morbide des antécédents.................................. 442
HALLOPEAU. — Essai de localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée.. 182
MOREAU (de Tours) [Paul]. — Attaques hystéro-épileptiformes, aura psychique à longue durée. Obsession d'une phrase oubliée aussitôt que l'accès a eu lieu.............................. 319
PARIS. — Hallucinations continues chez un imbécile........... 670
PIGNOL. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe dépendant de troubles congestifs.. 439
ROGER (G.-H.). — Observation de folie du doute................ 41
— Folie phtisique... 597

Revue critique

DESCOURTIS. — Hypnotisme. — Revue critique de quelques publications récentes sur cette matière............................ 51

Sociétés savantes et Congrès

Académie des sciences par VALLON......... 79, 206, 326, 447, 600, 692
Académie de médecine par VALLON.......................... 208-464
Société médico-psychologique par VALLON............ 91-339-484-696
Société de biologie par VALLON.................. 209-349-466-612-693
Société médico-psychologique italienne (4e congrès) par MARANDON DE MONTYEL.. 103 et 223
Société de médecine mentale de Belgique. — Congrès de phréniatrie et de neuropathologie tenu à Anvers.................. 674

Bibliographie

BABINSKI. — Étude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques. Anal. par ROGER.................................. 715
CULLERRE. — Magnétisme et hypnotisme. Anal. par TAGUET..... 718
DELBŒUF. — Le sommeil et les rêves.......................... 520

Pages

GALEZOWSKI. — Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice. Anal. par GILSON 717
GRASHEY. — De l'aphasie et de son rapport avec la perception. Anal par GILSON 724
JEAN (Louis). — Étude clinique sur les aliénés dangereux dits criminels. Anal. par H. GILSON 520
LENTZ. — De l'alcoolisme et de ses diverses manifestations considérées au point de vue physiologique, pathologique, clinique et médico-légal. Anal. par CH. VALLON 323
MAIRET. — Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique. Anal. par BANCEL 244
MANOUVRIER. — Sur l'interprétation de la quantité dans l'encéphale et dans le cerveau en particulier. Anal. par CH. VALLON. 517
MEYNERT. — Psychiatrie. Anal. par GILSON 249
MORTON PRINCE. — Nature de l'esprit et automatisme humain. Anal. par PARANT 708
ŒTTINGER. — Étude sur les paralysies alcooliques. Névrites multiples chez les alcooliques. Anal. par ROGER 321
PERETTI. — De l'influence de la grossesse sur la marche des maladies mentales 722
ROUILLARD. — Essai sur les amnésies principalement au point de vue étiologique 251
RUMP. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du système nerveux. Anal. par GILSON 722
VENTURI (Silvio). — Sur le mécanisme de la locomotion du cerveau dans ses rapports avec les mouvements de la tête. Anal. par J. SOURY 715

Revue des Journaux

Journaux allemands, par J. SOURY et H. GILSON.. 125-253-371-523-734
Journaux français, par G. BOYÉ 121-363-521-729

Variétés

G. SÉE. — De la gangrène pulmonaire 194
Inauguration de la statue de Pinel. Discours prononcés à cette cérémonie par MM. Dagonet, Robinet, Poubelle, Legrand du Saulle, Ritti et Pichon 497

Nouvelles

127-256-380-526-635 et 747

Nécrologie

BAILLIÈRE (J.-B.) 749
BUCCOLA 528
COUTY (L.) 128
GUÉNEAU DE MUSSY (Noël) 383
HUREL 383
LUCAS (Prosper) 256
LUNIER 640
MIRAGLIA 528
ROBIN (CH.) 749

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Aberration et perversions sexuelles chez les dégénérés, par Magnan. Anal., 208.
Absinthisme chr., mélancolie, par Gilson, 142.
Abstinence absolue dans le délire systématique, par Siemen. Anal., 255.
Académie des sciences, 79, 206, 326, 447, 600, 692.
— de médecine, 208, 464.
Acétale, paraldehyde, napelline, par Tamburini. Anal., 242.
Acétonurie chez les aliénés, par Hans Lahr. Anal., 744.
Acide carbonique, par Brown-Séquard. Anal., 354.
ADAMKIEWICZ (A.), Safranine. Anal., 358.
ADRIANI (R.). L'éducation comme prophylaxie de la folie. Anal., 103.
Adultère (Débilité mentale), par Motet, 276.
Agitante (Paralysie), par G.-H. Roger, 648.
Agoraphobie, par Gros. Anal., 733.
Albuminurie (Lypémanie avec), Mabille. Anal., 370.
Alcool dans le traitement des maladies mentales, par Brosius. Anal., 677.
Alcoolique (Accidents rabiques chez un), par P. Legendre. Anal., 730.
— (Ataxie), par Barbe. Anal., 522.
— (Attentat à la pudeur commis par un), par Marandon de Montyel, 286.
— (Intoxication), actes criminels, par Motet. Anal., 464.
— (Paraplégie), par Rey. Anal., 370.
— (Paralysies toxiques et paralysie), par Lanceraux. Anal., 522.
— (Paralysies), névrites multiples, par Œttinger. Anal., 321.
Alcoolisme et strychnine, par Journaut et Bouvet. Anal., 366.
— (Fond de l'œil dans l'), par Ulthoff. Anal., 126.
— par Lentz. Anal., 323.
— par Taguet. Anal., 123.
ALGERI et CIVIDALI. Folie épileptique. Anal., 117.
— Voy. Riva.
Aliénation (Acide phosphorique et) mentale, épilepsie, par Laillier. Anal., 89.
— (Guérisons tardives de l') mentale, par Riva et Algeri. Anal., 234
— (Haschisch dans le traitement de l') mentale, par P. Moreau, de Tours. Anal., 108.
— (Mouvement de l') mentale, par Lunier. Anal., 124.
Aliénés (Acétonurie chez les), par Hans Lahr. Anal., 744.
— (Asile d') de Dobran, par J. Dagonet. Anal., 371.
— (Asiles d') de l'Angleterre et de l'Ecosse, par A. Foville, 1.
— (Assistance des) en Autriche, par Kraft-Ebing. Anal., 109.
— (Attentats aux mœurs commis par les), par Giraud. Anal., 370.
— (Cardiopathies chez les), par Salemi-Pace. Anal., 231.
— (Cardiopathie et hypoglobulie chez les), par Ribaudo. Anal., 231.
— (Céphalométrie chez les), par Peli. Anal., 240.
— (Circonvolutions cérébrales chez les), par Poggi. Anal., 239.
— (Colonisation des), par Oudart. Anal., 675.
— dangereux, dits criminels, par L. Jean. Anal., 520.
— (Droit de réclamation des) devant les tribunaux, par Foville. Anal., 674.
— (Etablissements d') en Norwège, par Paul Moreau, de Tours. Anal., 91.

Aliénés (Poids du cerveau chez les), par Amadei. Anal., 114.
—(Sommeil pathologique chez les), par Semelaigne. Anal., 368.
— (Statistique internationale des), par Lefebvre. Anal., 679.
— (Température des), par Tambroni. Anal., 117.
— (Tuber cinereum chez les), par Verga. Anal., 241.
Allochirie, par Brown-Séquard. Anal., 478.
AMADEI. Poids du cerveau et capacité du crâne. Anal., 114.
—Poids du cerveau chez les aliénés. Anal., 114.
—et TONNINI. Délire systématisé. Anal., 119.
Amnésies, par Rouillard. Anal., 251.
Anatomie pathologique du système nerveux central, par Rumpf. Anal., 722.
Anesthésie artificielle, par Brown-Séquard. Anal., 458.
Anesthésies apparentes et sensations retardées dans les névroses, par Revillout. Anal., 692.
Anesthésique (action) de la cocaïne, par Grasset. Anal., 90 et 91.
Angine de poitrine (fausse), Tabes, par Berbes. Anal., 365.
Angine de poitrine consécutive à une névralgie. Anal., 732.
ANJEL. Erotomanie. Anal., 524.
Antivivisectionnistes (folie des), par Magnan. Anal., 211.
Anvers (Congrès de phréniatrie et de neuropathologie, tenu à). Anal., 674.
Anxieuses (obsessions) ou émotives, par Régis, 659.
APHASIE et hémiplégie gauche, par Féré. Anal., 481.
— et méningite tuberculeuse, par Cayla. Anal., 523.
— et perception, par Grashey. Anal., 724.
— transitoire toxique, par Dunoyer. Anal., 123.
Aphasies puerpérales, par Poupon, 393.
Apoplexie cérébrale, par Hardy. Anal., 108.
Arciformes (fibres) du bulbe, par Féré. Anal., 360.
Arrêt (phénomènes d'), par Beaunis. Anal., 211.
Arrêt (Action d'), par H. de Varigny, 206.
Ardoisée (coloration) du cerveau et escarres, par Baillarger. Anal., 124.
Arthropathies (racines postérieures et), par Bochefontaine et Lombroso. Anal., 471.
Asile d'aliénés de Dobran, par J. Dagonet. Anal., 371.
Asiles d'aliénés de l'Angleterre et de l'Ecosse, par A. Foville, 1.
Asymétrie du visage et hémiatrophie de la face, par Borel. Anal., 366.
Ataxie alcoolique, par Barbe. Anal., 522.
— locomotrice (troubles oculaires dans l'), par Galezowski. Anal., 717.
— locomotrice et paralysie générale, par Baillarger. Anal., 734.
— médullaire, par Erb. Anal., 371.
— (paralysie spinale avec), par Lowenfeld. Anal., 125.
— spinale, par W. Erb. Anal., 734.
Ataxiques (Névrites dans les paralysies des), par Déjerine. Anal., 355.
Atrophie de la face, par Mierzejewsky et Erlitzky. Anal,, 122.
— et parésie musculaires après la contusion, par Nicaise. Anal., 365.
— musculaire héréditaire, par Schultze. Anal., 375.
Atropine et système nerveux, par Judée. Anal., 361.
Attentats aux mœurs commis par les aliénés, par Giraud. Anal., 370.
Audition colorée, par Giraudeau, 589.
Aura (attaques hystéro-épileptiformes), obsession, par P. Moreau (de Tours), 319.
Automatisme (esprit et) humains, par Morton Prince. Anal., 703.
Automutilation chez une mélancolique, par Martinenq. Anal., 125.
Autopsie dans la détermination de l'état mental, par Chatelain. Anal., 733.
Autriche (assistance des aliénés en), par Kraft-Ebing. Anal., 109.
AYSAGUER. Grossesse. Trachéotomie. Anal., 364.

BABINSKI. Sclérose en plaques. Anal., 715.
Bains (éclampsie puerpérale et), chauds, par Brens. Anal., 366.
BAILLARGER. Ataxie locomotrice et paralysie générale. Anal., 734.
— Coloration ardoisée du cerveau et escarres. Anal., 124.
— Folie communiquée. Anal., 734.
— Menstruation et transformation de la manie en délire aigu. Anal., 734.
BALL (B.). Délire ambitieux. 257.
— Délire aigu. 129.
— Folie consécutive au choléra. 30.
BANCEL. 249
BARBE. Ataxie alcoolique. Anal., 522.
BARBIER. Contracture traumatique. Anal., 365.
BAREGGI. Ganglions spinaux. Anal., 114.
BARTH. H. Méningite pneumonique. Anal., 122.
BEAUNIS. Phénomènes d'arrêt. Anal., 211.
— Section des pneumogastriques. Anal., 466.
— Suggestion. Anal., 352.
BECHTEREW. Localisation de la sensibilité et du sens musculaire dans l'écorce cérébrale. Anal., 107.
— Racine ascendante du trijumeau. Anal., 740.
— Anatomie des olives supérieures. Anal., 745.
BELLANGÉ. Tubercule de la moelle épinière. 655.
BENEDIKT. Criminalité. Anal., 687.
— Electricité statique. Anal., 675.
BERBEN. Affection de la moelle. Anal., 730.
BERBES. Epanchement dans la tunique vaginale chez un tabétique. Anal., 365.
— Sulfure de carbone et pseudotabes. Anal., 364.
BÉRILLON. Voy. DUMONTPALLIER.
BERNHEIM. Suggestion. Anal., 352.
— et A. CHARPENTIER. Image hallucinatoire et image réelle. Anal., 365.
BERT. Pneumogastrique et mort. Anal., 467.
BESNIER. Accidents cérébraux et fièvre intermittente. Anal., 121.
BETTENCOURT. Réflexes chez les paralytiques généraux, 170.
BIANCHI. Porencéphalie. Anal., 113.
— Réflexes tendineux dans la paralysie générale. Anal., 233.
Bibliographie, 244-517-703.
BINET et FÉRÉ. De l'hallucination. Anal., 371.
BITOT. Protubérance annulaire. Anal., 455.
BLANCHARD (Raphaël). Histologie des nerfs. Anal., 695.
BLOCH. Contraction musculaire. Anal., 357.
— Sensations de contraction musculaire. Anal., 210.
BOCHEFONTAINE et LOMBROSO. Racines postérieures et arthropathies. Anal., 471.
BODDAERT (R.). Ramollissement cérébral. Anal., 682.
BOLDO (le), par Laborde. Anal., 470.
BOREL. Asymétrie de la face et hémiatrophie du visage. Anal., 366.
BOUCHERON. Épilepsie d'origine auriculaire. Otopiésis. Anal., 600.
BOURDALÉ. Méningo-myélite. Anal., 523.
BOURDEL. Paralysie ascendante aiguë. Anal. 365
BOUVET. (Voy. JOURNAUT).
BOYÉ (G.). 125-371-734.
BRAJON. Othématome. Anal., 114.
BRÉMAUD. Fascination dans la série hypnotique. Anal., 214.
— Hypnotisme. Anal., 215.
— Somnambulisme. Anal., 362.
BRIAND. Stigmates psychiques. Anal., 696.
BROSIUS. Alcool dans le traitement des maladies mentales. Anal. 677.
BROWN-SÉQUARD. Acide carbonique. Anal., 354.
— Allochirie. Anal., 478.
— Anesthésie artificielle. Anal., 458.
— Cocaïne et inhibition. Anal., 472.
— Durée de l'excitabilité des nerfs. Anal., 473.
— Epilepsie spinale. Anal., 358.
— Importance pratique des phénomènes inhibitoires. Anal., 475.

BROWN-SÉQUARD. Section nerveuse et trophicité. Anal., 468.
— Suggestion et troubles vasomoteurs. Anal., 693.
BRUNATI. Manie transitoire. Anal., 224.
BUCOLLA. (Voy. MORSELLI).
BULBE. (Dégénérations secondaires dans le), par Lowenthal. Anal., 733.
— (Fibres arciformes du), par Féré. Anal., 360.
— rachidien et échanges nutritifs par Couty, Guimaraes et Niobey. Anal., 87.
Cadavériques (Lésions) des centres nerveux, par Baillarger. Anal., 367.
Calorification (Système nerveux et) par Ch. Richet. Anal., 332.
Camphre (Hystéro-somnambulisme et), par Planat. Anal., 370.
CAMUSET. Démence simple, d'origine syphilitique. Anal., 124.
— Lésions de la dure-mère dans la paralysie générale. Anal., 125.
— Symptômes et lésions de la paralysie générale. Anal., 733.
CANALI. Fièvre typhoïde, symptômes nerveux. Anal., 365.
CAPOZZI. Paraplégie. Anal., 363.
Cardiopathie et hypoglobulie chez les aliénés, par Ribaudo. Anal., 231.
Cardiopathies chez les aliénés, par Salemi-Pace. Anal., 231.
CARRIER. Complications viscérales de la paralysie générale. Anal., 370.
CARTAZ. Névrose réflexe. Anal., 730.
CASTEX. Monoplégie traumatique. Anal., 730.
Catarrhales (affections) avec manifestations encéphaliques, par Raymond. Anal., 123.
CAYLA. Aphonie et méningite tuberculeuse. Anal., 523.
Cécité (Sclérose multiple. Névrite des nerfs optiques), par Eulenburg. Anal., 375.
— (Localisation d'une) accompagnée d'hémichorée, par Hallopeau. Anal., 182 et 521.
Cellule nerveuse motrice, par Golgi. Anal., 243.
Centre moteur cortical (Excitation du), par Luciani. Anal., 116.
Centre ovale, par Farge, 385.
Centres psycho-moteurs (Excitabilité des), par Vulpian. Anal., 333.
Céphalométrie chez les aliénés, par Peli. Anal., 240.
Cérébral (Ramollissement), par R. Boddaert. Anal., 682.
Cérébrale (Apoplexie), par Hardy. Anal., 108.
— (Circulation), par F. Frank. Anal., 612.
— (Destruction de l'écorce), par Ch. Richet. Anal., 217.
— (Excitabilité), par Laborde. Anal., 480.
— (Localisation de la sensibilité et du sens musculaire dans l'écorce), par Bechterew. Anal., 107.
— (Syphilis), par Le Dentu. Anal., 122.
— (Syphilis), par Landouzy. Anal., 122.
— (Syphilis), par Morel-Lavallée. Anal., 730.
Cérébrales (Paralysie générale et localisations), par Tamburini et Riva. Anal., 110.
Cérébraux (Accidents) et fièvre intermittente, par Besnier. Anal., 121.
— (Eléments) et éléments spinaux, par Luys, 641.
Cerveau (Attaques épileptiformes, excitabilité du), par Vulpian. Anal., 447.
— (Coloration ardoisée du) et escarres, par Baillarger. Anal., 124.
— (Convulsions et excitation du), par Ziehen. Anal., 742.
— (De la quantité dans l'encéphale et le), par Manouvrier. Anal., 517.
— d'idiot, par Konig. Anal., 746.
— (Ecorce du) dans la paral. gén., par Mendel. Anal., 372.
— (Endothéliome de la base du), par Lakaresallsx. Anal., 743.
— (Excitabilité du), par Vulpian. Anal., 603.
— (Excitants mécaniques du). Anal., 452.
— (Fièvre traumatique nerveuse et influence des lésions du) sur la température générale, par Ch. Richet. Anal., 216.
— (Locomotion du), par Silvio Venturi. Anal., 708.

Cerveau (Sillon anormal du), par Raggi. Anal., 239.
— (Poids du), par Rey. Anal., 697.
— (Poids du) chez les aliénés, par Amadei. Anal., 114.
— (Poids du) et capacité du crâne, par Amadei. Anal., 114.
— (Vaisseaux sanguins du), par Obersteiner, Anal., 733.
Cervelet (Circonvolutions du), par Fusari. Anal., 233.
— (Fonctions du), par Luciani. Anal., 118.
CHARPENTIER (E.). Troubles morbides pouvant indiquer l'épilepsie. Anal., 521.
CHARPENTIER (A.) Voy. BERNHEIM.
CHATELAIN. Autopsie dans la détermination de l'état mental. Anal., 733.
Chloral (Psychose causée par le), par Kirv. Anal., 525.
Chloroforme (Intoxication par le), par Dubois. Anal., 483.
Choléra (Folie consécutive au), par B. Ball, 30.
Chorée, par P. Legendre. Anal., 732.
— (Etiologie de la), par Thomas (Max.). Anal., 742.
CHRISTIAN. Fragilité des os chez les paralytiques généraux. Anal., 684.
— Diagnostic de la paralysie générale. Anal., 124.
— Pachyméningite avec symptômes de paralysie générale. Anal., 370.
— Paralysie générale chez un héréditaire. Anal., 734.
Cinchonidine et système nerveux, par Douvreleur. Anal., 366.
Circonvolutions cérébrales chez les aliénés, par Poggi. Anal., 239.
— cérébrales chez un lypémaniaque, par Funaioli. Anal., 235.
— du cervelet par Fusari. Anal., 233.
— frontales (lésions des), par Klemenciewicz. Anal., 744.
Circulaire (Température dans un cas de paralysie générale à forme), par Maccabruni. Anal., 118.
Circulation cérébrale, par Franck. Anal., 612.
— Veineuse encéphalique par F. Franck. Anal., 482.
CIVIDALI. Voy. ALGERI.
CLOSSET. Manie aiguë, Anal., 679.
Cocaïne, par Laborde. Anal., 468.
— par Morelli et Bucolla. Anal., 367.
— (action anesthésique de la), par Grasset. Anal., 90 et 91.
— et inhibition par Brown-Séquard. Anal., 472.
COHEN. Névralgie faciale. Anal., 122.
Colonisation des aliénés, par Oudart. Anal., 675.
Colorée (Audition), par Giraudeau. 589.
Comateux (Etats épileptiques et), par Witkowski. Anal., 375.
COMBES. Altérations dentaires chez les morphinomanes. Anal., 464.
Congestifs (Hallucinations et troubles), par Pignol. 439.
Congrès de la société médico-psychologique italienne. Anal., par Marandon de Montyel. 103.
— de phréniatrie et neuropathologie tenu à Anvers. Anal., 674.
Contraction musculaire, par Block. Anal., 357.
— (Sensations de), musculaire, par Bloch. Anal., 210.
Contracture traumatique, par Barbier. Anal., 365.
Contusion (Parésie et atrophie musculaire après la), par Nicaise. Anal., 365.
— du nerf cubital, par P. Raymond. Anal., 365.
Convulsions et excitation du cerveau, par Zichen. Anal., 742.
— (Manie aigüe suivie de), par S. Lévy. Anal., 744.
— (Oreillons et), par Michelski. Anal., 731.
— par insolation, par Séjournet. Anal., 122.
Cornée (Trijumeau et troubles nutritifs de la), par Poncet. Anal., 480.
Corps strié (Lésions du), par Tonnini. Anal., 232.
Corps étrangers dans le larynx et l'estomac d'un dément, par Janin. Anal., 370.
COUTY (L.) (Bulbe rachidien et échanges nutritifs par), Guimaraes et Niobey. Anal., 87.
Crâne (Poids du cerveau et capacité du), par Amadei. Anal. 114,

Crime et Folie. Anal., 371.
Criminalistes aliénistes et criminalistes anthropologistes, par Warnots. Anal., 689.
Criminalité, par Benedikt. Anal., 687.
— et folie, par Semal. Anal., 686.
Criminels (aliénés dangereux dits), par L. Jean. Anal., 520.
— (Intoxication alcoolique, actes), par Motet. Anal., 464.
Cubital (Contusion du nerf), par Raymond (P.). Anal., 365.
CULLERE. Dégénérescences psycho-cérébrales. Anal., 124.
— Hypnotisme et magnétisme. Anal., 718.
DAGONET (J.). Asile d'aliénés de Dobran. Anal., 371.
Débilité mentale, adultère, par Motet, 276.
DECROIZILLES. Méningite tuberculeuse. Anal., 122.
Dégénérations secondaires dans le bulbe, par Lawenthal. Anal., 733.
Dégénérescences psycho-cérébrales, par Cullerre. Anal., 124.
— secondaires consécutives aux lésions des hémisphères cérébraux, par Pitres. Anal., 79.
Dégénérés (Aberrations et perversions sexuelles chez les), par Magnan. Anal., 208.
DÉJERINE. Névrites cutanées des tabétiques. Anal., 220.
DELBŒUF. Le sommeil et les rêves. Anal., 520.
DELIGNY. Maladie de Thomsen. Anal., 363.
Délire (Abstinence absolue dans) systématique, par Siemens, Anal., 255.
— aigu, par B. Ball, 129.
— aigu (Menstruation et transformation de la manie en), par Baillarger. Anal., 734.
— ambitieux, par B. Ball. Anal., 256.
— systématisé à forme érotique, par Solfanelli. Anal., 120.
— systématisé, par Amadei et Tonnini. Anal., 119.
— Terreurs morbides et), émotif, par Doyen, 418.
— (Urticaire et) quiniques, par Gautier. Anal., 732.
Démence simple d'origine syphilitique, par Camuset. Anal., 124.
Dément (Corps étrangers dans le larynx et l'estomac d'un), par Janin. Anal., 370.
Dentaires (altérations) chez les morphinomanes, par Combes. Anal., 464.
DESCHAMPS. Paralysie consécutive à une injection hypodermique d'éther. Anal., 522.
DESCOURTIS. Ergotine dans la paralysie générale. 301.
— Hypnotisme, 51.
Diabétique (Névralgie), par Florain. Anal., 365.
Dobran (Asile d'aliénés de), par J. Dagonet. Anal., 371.
Donations (mariage et) dans le cours d'une paralysie générale, par Régis, 616.
Double (malade à existence), par Verriest. Anal., 682.
Double forme (folie à), par Martinenq. Anal., 733.
Doute (folie du), par H. Roger, 47.
DOUVRELEUR. Cinchonidine et système nerveux. Anal., 366.
DOYEN. Hébéphrénie avec accidents hystériformes. 315.
— Terreurs morbides et délire émotif, 418.
DUBOIS. Intoxication par le chloroforme. Anal., 483.
DUBOUSQUET - LABORDERIE. Névralgie des yeux et salicylate de soude. Anal., 522.
DUMONTPALLIER. Action vasomotrice de la suggestion sur les hystériques. Anal., 609.
— État psychique des hypnotiques. Anal., 615.
— Troubles trophiques par suggestion. Anal., 613 et 615.
— et BÉRILLON. Indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux. Anal., 222.
DUNOYER. Aphasie transitoire toxique. Anal., 123.
DUPUY. Localisations cérébrales. Anal., 694.
Dure-mère (Lésions de la) dans la paralysie générale, par Camuset. Anal., 125.
DUTIL. Fracture et tabes. Anal., 523.
DUVAL (Mathias). Des sympathies synalgésiques. Anal., 209.
Eclampsie puerpérale et bains chauds, par Brens. Anal., 336.
Ecorce (destruction de l') cérébrale, par Ch. Richet. Anal., 217.
Education l') comme prophylaxie

de la folie, par R. Adriani. Anal., 103.
EIDAM. Psychose après un rhumatisme et une pneumonie. Anal., 126.
Electricité statique par Benedikt. Anal., 675.
Elongation (Sciatique rebelle), par de la Harpe. Anal., 123.
ELOY (Ch.). Morphiomanes et opiophages. Anal., 731.
Emotives (obsessions anxieuses ou), par Régis. 659.
Encéphale (de la quantité dans l') et le cerveau, par Manouvrier. Anal., 517.
— (locomotion de l'), par Laborde. Anal., 220.
Encéphalique (circulation veineuse), par F. Franck. Anal., 482.
Encéphaliques (affections catarrhales avec manifestations), par Raymond. Anal., 123.
Endotheliome de la base du cerveau, par Lakaresallsx. Anal., 743.
Ephémérides de la psychiatrie, par Laehr. Anal., 524.
Epilepsie (Acide phosphorique et aliénation mentale), par Laillier. Anal., 89.
— (attaques d'), par Vulpian. Anal., 326.
— consécutive à une frayeur, par Fusier 190.
— d'origine auriculaire, otopiésis, par Boucheron. Anal., 600.
— et idiotie, par Ingels. Anal., 686.
— (nutrition du système nerveux et manie, lypémanie), par Mairet. Anal., 84.
— par la vue d'un cadavre, par Legrand du Saulle. Anal., 345.
— spinale, par Brown-Séquard. Anal., 358.
— (traitement de l'), par R. Saundley. Anal., 367.
— (troubles morbides pouvant indiquer l'), par Charpentier. Anal., 521.
Epileptiformes (attaques), excitabilité du cerveau, par Vulpian. Anal., 447.
— (attaques hystéro-), Aura, Obsession, par P. Moreau de Tours, 319.
Epileptique (folie), par Algeri et Cividali. Anal., 117.
Epileptique (mal), thermométrie, par Legrand du Saulle. Anal., 341.
Epileptiques (états) et comateux, par Witkowski. Anal., 375.
— (phosphore dans l'urine des), par Lépine. Anal., 351.
— (morphinisme avec attaques hystéro-), par Garnier. Anal., 677.
Equivalents moteurs des sensations, par Féré. Anal., 483.
ERB (W.). Ataxie médullaire. Anal., 371.
— Ataxie spinale. Anal., 734.
— Maladie de Thomsen. Anal., 737.
Ergotine dans la paralysie générale, par Descourtis, 301.
ERLITZKY. Voy. MIERZEJEWSKY.
Erotique (délire systématisé à forme), par Solfanelli. Anal., 120.
Erotomanie, par Anjel. Anal., 524.
Erysipèle et psychose, par Landerer. Anal., 380.
Escarres (coloration ardoisée du cerveau et), par Baillarger. Anal., 124.
Esprit et automatisme humains, par Morton Prince. Anal., 703.
Ether (paralysie consécutive à une injection hypodermique d'), par Deschamps. Anal., 522.
EULENBURG. Sclérose multiple. — Nevrite des nerfs optiques. — Cécité. Anal., 375.
Excitabilité cérébrale, par Laborde. Anal., 480.
— (durée de l') des nerfs, par Brown-Séquard. Anal. 473.
— du cerveau, par Vulpian. Anal.
— motrice et inhibitoire, par Brown-Séquard. Anal., 218.
Excitants mécaniques du cerveau, par Vulpian. Anal., 452.
Excitation intellectuelle et force dynamométrique, par Féré. Anal., 477.
Excitations (effets dynamiques des) sensorielles, par Ch. Féré. Anal., 695.
Faibles (les) d'esprit, par Gilson. 570.
FALRET. Signes de la folie héréditaire. Anal., 492.
FARGE. Centre ovale, 385.
Fascination dans la série hypnotique, par Brémaud. Anal., 214.
Fer dans les psychoses, par Hasp. Anal., 379.

FÉRÉ (Ch.). Aphasie et hémiplégie gauche. Anal., 481.
— Effets dynamiques des excitations sensorielles. Anal., 695.
— Equivalents moteurs des sensations. Anal., 483.
— Etat psychique et force dynamométrique. Anal., 614.
— Fibres arciformes du bulbe. Anal., 360.
— Force dynamomét. Anal., 478.
— Voy. Binet.
FERRAND et LÉONARD. Névrose vaso-motrice, 529.
Fièvre intermittente (accidents cérébraux et), par Besnier. Anal., 121.
— traumatique nerveuse et influence des lésions du cerveau sur la température générale, par Ch. Richet. Anal., 216.
— typhoïde, symptômes nerveux, par Canali. Anal., 365.
FLECHSICH. Traitement gynécologique de l'hystérie. Anal., 376.
FLORAIN. Névralgie diabétique. Anal., 365.
Folie à double forme, par Martinenq. Anal., 733.
— (Crime et). Anal., 371.
— (Criminalité et), par Semal. Anal., 686.
— communiquée, par Baillarger. Anal., 734.
— consécutive au choléra, par B. Ball, 30.
— Epileptique, par Algeri et Cividali. Anal., 117.
— des antivivisectionnistes, par Magnan. Anal., 211.
— du doute, par Roger, 47.
— héréditaire, par Falret. Anal., 492.
— héréditaire, par Magnan. Anal., 682 et 696.
— (L'éducation comme prophylaxie de la), par Adriani. Anal., 103.
— paralytique chez la femme, par Verge. Anal., 241.
— phtisique, par Roger (H.), 597.
— (sang dans la), par Seppelli. Anal., 112.
— simulée et folie véritable, par Parant. Anal., 733.
Force (état psychique et) dynamométrique, par Ch. Féré. Anal., 614.
Force dynamométrique, par Ch. Féré. Anal., 478.
— (excitation intellectuelle et) dynamométrique, par Féré. Anal., 477.
FOVILLE. Asiles d'aliénés de l'Angleterre et de l'Écosse, 1.
— Droit de réclamation des aliénés devant les tribunaux. Anal., 674.
Fracture et tabes, par Dutil. Anal., 523.
FRANCK (F.). Circulation cérébrale. Anal., 612.
— Circulation veineuse encéphalique. Anal., 482.
Frayeur (épilepsie consécutive à une), par Fusier, 190.
FUSARI. Circonvolutions du cervelet. Anal., 233.
FUSIER. Épilepsie consécutive à une frayeur, 190.
GALEZOWSKI. Troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice. Anal., 717.
Ganglions spinaux, par Bareggi. Anal., 114.
Gangrène pulmonaire, par G. Sée, 194.
GARNIER. Morphinisme avec attaques hystéro-épileptiques. Anal., 677.
Gastroxie de Rossbach, par Longuet. Anal., 364.
— nerveuse, par P. Le Gendre. Anal., 522.
GAUTIER. Urticaire et délire quiniques. Anal., 732.
GILLES DE LA TOURETTE et LONDE. Marche dans les maladies du système nerveux. Anal., 694.
Gilles de la Tourette (Maladie de), par P. Le Gendre. Anal., 730.
GILSON. Absinthisme, mélancolie, 442.
— Les faibles d'esprit, 570.
— Cloisonnement du vagin chez une imbécile, 41.
— 251-377-380-520-525-718.
GIOVANNI. Hypnotisme. Anal., 229.
GIRARD. Hémiplégie passagère et lombrics. Anal., 124.
GIRAUD. Attentats aux mœurs commis par les aliénés. Anal., 370.
GIRAUDEAU. Audition colorée, 589.

GLEY. Travail intellectuel et température générale. Anal., 218.
GŒTZ. Hémorragie méningée. Anal., 732.
GOLGI. Cellule nerveuse motrice. Anal., 243.
GONZALÈS et VERGA. Lésion de la zone motrice. Anal., 115.
GOUDOIN. Paralysie hystérique. Anal., 122.
GRASHEY. Aphasie et perception. Anal., 724.
GRASSET. Action anesthésique de la cocaïne. Anal., 90 et 91.
GROGNOT. Hoquet. Anal., 366.
GROS. Agoraphobie. Anal., 733.
Grossesse et maladies mentales, par J. Perotti. Anal., 722.
— trachéotomie, par Aysaguer. Anal., 364.
Guérisons tardives de l'aliénation mentale, par Riva et Algeri. Anal., 234.
GUIMARAES. Voy. Couty.
GUINOU. Hystérie chez l'homme et la femme. Anal., 523.
HACK TUKE. Somnambulisme. Anal., 679.
HALLOPEAU. Localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée. Anal., 182 et 521.
Hallucination (de l'), par Binet et Féré. Anal., 371.
Hallucinations continues chez un imbécile, par Paris, 670.
— et troubles congestifs, par Pignol, 439.
— unilatérales (sarcome de la dure-mère), par Millet. Anal., 124.
Hallucinatoire (image) et image réelle, par Bernheim et A. Charpentier. Anal., 365.
HARDY. Apoplexie cérébrale. Anal., 108.
HARPE (de La). Sciatique rebelle, élongation. Anal., 123.
Haschisch dans le traitement de l'aliénation mentale, par P. Moreau de Tours. Anal., 108.
HASP. Fer dans les psychoses. Anal., 379.
Hébéphrénie avec accidents hystériformes, par Doyen, 315.
Hémiatrophie (asymétrie du visage et) de la face, par Borel. Anal., 366.
Hémichorée (localisation d'une cécité accompagnée d'), par Hallopeau. Anal., 182 et 521.
Hémiplégie (aphasie et) gauche, par Féré. Anal., 431.
— (fracture du rocher), par Lemonnier. Anal., 122.
— passagère et lombrics, par Girard. Anal., 124.
Hémisphères (dégénérescences secondaires consécutives aux lésions des) cérébraux, par Pitres. Anal., 79.
— (indépendance fonctionnelle des) cérébraux, par Dumontpallier et Bérillon. Anal., 222.
— (poids des) cérébraux, par Rey. Anal., 484.
Hémorragie méningée, par Gœtz. Anal., 732.
Héréditaire (folie), par Magnan. Anal., 682.
— (paralysie générale chez un), par Christian. Anal., 734.
— (signes de la folie), par Falret. Anal., 492.
— (signes de la folie héréditaire), par Magnan. Anal., 696.
Herpétisme (localisations cérébrales de l'), par Lancereaux. Anal., 522.
HIRT. Névrite multiple. Anal., 376.
Histologie des nerfs, par Raphael Blanchard. Anal., 695.
HOMEN. Moelle. Anal., 743.
Hoquet, par Grognot. Anal., 365.
Hydrocéphalie et tumeur cérébrale, par Prévost et Ravenel. Anal., 732.
Hypnotique (fascination de la série) par Brémaud. Anal., 214.
Hypnotiques (état psychique des), par Dumontpallier. Anal., 615.
— (Transfert chez les), par Féré. Anal., 349.
Hypnotisme, par Brémaud. Anal., 215.
— par Descourtis, 51.
— par Giovanni. Anal., 229.
— (magnétisme et), par Cullerre. Anal., 718.
— hystérique, par Tamburini. Anal., 229.
Hypoglobulie (cardiopathie et) chez les aliénés, par Ribaudo. Anal., 231.
Hystérie chez l'homme et chez la femme, par Guinou. Anal., 523.
— et paralysie générale, par Rey. Anal., 678.
— (traitement gynécologique de l'), par Flechsich. Anal., 376.

Hystérie (traitement de l'attaque d'), par A. Ruault. Anal., 729.
Hystériformes (Hébéphrénie avec accidents), par Doyen, 315.
Hystérique (hypnotisme), par Tamburini. Anal., 229.
— (paralysie), par Goudoin., Anal., 122.
Hystériques (action vaso-motrice de la suggestion chez les), par Dumontpallier. Anal., 609.
— (convulsions), par Solivetti.
Hystéro-épileptiformes (Attaques). Aura. — Obsession, par P. Moreau (de Tours).
— épileptiques (morphinisme avec attaques), par Garnier. Anal., 677.
— somnambulisme et camphre, par Planat. Anal., 370.
Idiot (cerveau d'), par Konig. Anal., 746.
Idiotie (épilepsie et), par Ingel. Anal., 686.
Image hallucinatoire et image réelle, par Bernheim et A. Charpentier. Anal., 365.
Imbécile (cloisonnement du vagin chez une), par Gilson, 41.
— (Hallucinations continues chez un), par Paris, 670.
Inconscience (paralysies par), par Verriest. Anal., 676.
INGELS. Epilepsie et idiotie. Anal., 686.
Inhibition (Cocaïne et), par Brown-Séquard. Anal., 472.
Inhibitoire (excitabilité motrice et), par Brown-Séquard. Anal., 218.
Inhibitoires (importance pratique des phénomènes), par Brown-Séquard. Anal., 475.
Insolation (convulsions par), par Séjournet. Anal., 122.
— (paralysie générale par), par Paris. Anal., 125.
Intoxication par le chloroforme, par Dubois. Anal., 483.
— saturnine, par Wooloughan. Anal., 123.
JANIN. Corps étrangers dans le larynx et l'estomac d'un dément. Anal., 370.
JEAN (L.). Aliénés dangereux dits criminels. Anal., 520.
JOURNAUT et BOUVET. Alcoolisme et strychnine. Anal., 365.
Journaux allemands, analyse par Gilson et Souvy, 125-253-371-523-734.
Journaux français, analyse par G. Boyé, 121-363-521-729.
JUDEE. Atropine et système nerveux. Anal., 361.
KIRV. Psychose causée par le chloral. Anal., 525.
KLEMENCIEWICZ. Lésions des circonvolutions frontales. Anal., 774.
KONIG. Cerveau d'idiot. Anal., 746.
KRAFT-EBING. Assistance des aliénés en Autriche. Anal., 109.
LABORDE. Cocaïne. Anal., 468.
— Excitabilité cérébrale. Anal., 480.
— Expériences sur un supplicié. Anal., 479.
— Le Boldo. Anal., 470.
— Locomotion de l'encéphale. Anal., 220.
LABORDERIE. Voy. DUBOUSQUET.
LAEHR. Ephémérides de la psychiatrie. Anal., 524.
LAHR (Hans). Acétonurie chez les aliénés. Anal., 744.
LAILLIER. Acide phosphorique et aliénation mentale, épilepsie. Anal., 89.
LAIR. Voy. VAN.
LAKARESALLSX. Endothéliome de la base du cerveau. Anal., 743.
LANCEREAUX. Localisations cérébrales de l'herpétisme. Anal., 522.
— Paralysies toxiques et paralysie alcoolique. Anal., 522.
LANDERER. Erysipèle et psychose. Anal., 380.
LANDOUZY. Syphilis cérébrale. Anal., 122.
LAVALLEE. Voy. MOREL.
LAWENTHAL. Dégénérations secondaires dans le bulbe. Anal., 733.
LE DENTU. Syphilis cérébrale. Anal., 122.
LEFEBVRE. Statistique internationale des aliénés. Anal., 679.
LEGENDRE (P.). Accidents rabiques chez un alcoolique. Anal., 730.
— Chorée. Anal., 732.
— Gastroxie nerveuse. Anal., 522.
— Maladie de Gilles de la Tourette. Anal., 730.
— Méningite tuberculeuse. Anal., 364.

LEGRAND DU SAULLE. Epilepsie par la vue d'un cadavre. Anal., 345.
— Mal épileptique, thermométrie. Anal., 341.
— Névrose convulsive. Anal., 339.
LEGROUX (A.). Méningite tuberculeuse et torticolis, 21.
LEMONNIER. Fracture du rocher, hémiplégie. Anal., 122.
LENTZ. Alcoolisme. Anal., 323.
LEONARD. Voy. FERRAND.
LEPINE. Phosphore dans l'urine des épileptiques. Anal., 351.
Lèpre, par Rosenbach. Anal., 253.
LEVY (Sébastian). Manie aiguë suivie de convulsions. Anal., 744.
Localisation anatomo-pathologique de la paralysie générale sans aliénation, par Luys. Anal., 558.
— d'une cécité accompagnée d'hémichorée, par Hallopeau. 182 et 521.
Localisations cérébrales, par Vulpian. Anal., 371.
— de l'hespétisme, par Lancereaux. Anal., 522.
— par Morisani. Anal., 521.
— par Dupuy. Anal., 694.
— par Marique. Anal., 684.
Locomotion de l'encéphale, par Laborde, Anal., 220.
— du cerveau, par Silvio Venturi. Anal., 708.
Lombrics (Hémiplégie passagère et), par Girard. Anal., 124.
LOMBROSO. Voy. BOCHEFONTAINE.
LONDE. Voy. GILLES DE LA TOURETTE.
LONGUET. Gastroxie de Rosbach. Anal., 364.
LOWENFELD. Paralysie spinale avec ataxie. Anal., 125.
LUCIANI. Excitation du centre moteur cortical. Anal., 116.
— Fonctions du cervelet. Anal., 118.
LUNIER. Mouvement de l'aliénation mentale. Anal., 124.
LUYS. Éléments cérébraux et éléments spinaux. 641.
— Localisation anatomo-pathologique de la paralysie générale sans aliénation. 558.
— Troubles de la parole. 271.
Lypémaniaque (circonvolutions cérébrales chez un), par Funaioli. Anal.
Lypémanie avec albuminurie, par Mabille. Anal., 370.
— (Nutrition du système nerveux et manie), épilepsie, par Mairet. Anal., 84.
MABILLE. Lypémanie avec albuminurie. Anal., 370.
— Pachyméningite simulant une paralysie générale. Anal., 124.
— Paralysie générale d'origine traumatique. Anal., 733.
— Sialorrhée d'origine nerveuse. Anal., 734.
MACCABRUNI. Température dans un cas de paralysie générale à forme circulaire. Anal., 118.
MAGNAN. Aberrations et perversions sexuelles chez les dégénérés. Anal., 208.
— Folie héréditaire. Anal., 682.
— Folie des antivivisectionnistes. Anal., 211.
— Signe de la folie héréditaire. Anal., 696.
Magnétisme et hypnotisme, par Cullerre. Anal., 718.
MAIRET. Elimination de l'acide phosphorique. Anal., 244.
— Nutrition du système nerveux et manie, hypémanie, épilepsie. Anal., 84.
— Travail intellectuel et acide phosphorique. Anal., 82.
Manie aiguë, par Closset. Anal., 679.
— aiguë suivie de convulsions, par S. Levy. Anal., 744.
— (Menstruation et transformation de la manie en délire aigu), par Baillarger. Anal., 734.
— (Nutrition du système nerveux et) lypémanie, épilepsie, par Mairet. Anal., 84.
— transitoire, par Brunati. Anal., 224.
— transitoire, par Verga et Gonzalès. Anal., 223.
— transitoire, par Tamburini. Anal., 121.
MANOUVRIER. De la quantité dans l'encéphale et le cerveau. Anal., 517.
MARANDON DE MONTYEL. Congrès de la Société médico-psychologique italienne. 103.
— Morphinomanie. Anal., 368.
— Attentats à la pudeur commis par un alcoolique. 286.
— Société médico-psychologique italienne. 223

Marche dans les maladies du système nerveux, par Gilles de la Tourette et Londe. Anal., 694.
MARCHI. Histologie pathologique de la paralysie générale. Anal., 238.
Mariage et donations dans le cours d'une paralysie générale, par Régis. 616.
MARIQUE. Localisations cérébrales, Anal., 684.
MARTINENQ. Automutilation chez une mélancolique. Anal., 125.
— Folie à double forme. Anal., 733.
MAUBRAC. Méningite tuberculeuse. Anal., 523.
Mélancolie (Absinthisme chr.), par Gilson, 442.
Mélancolique. (Automutilation chez une), par Martinenq. Anal., 125.
MENDEL. Ecorce du cerveau dans la paral. gén. Anal., 372.
Méningée (Hémorrhagie) par Gœtz. Anal., 732.
Méningite (Aphasie et) tuberculeuse, par Cayla. Anal., 523.
— à la suite de l'ablation du col utérin, par de Tornery. Anal., 730.
— pneumonique, par H. Barth. Anal., 122.
— tuberculeuse, par Maubrac. Anal., 523.
— tuberculeuse et torticolis, par Legroux, 21.
— tuberculeuse, par Decroizilles Anal., 122.
— tuberculeuse, par Legendre. Anal., 364.
Méningo-myélite, par Bourdalé. Anal., 523.
— myélite et révulsion, par Richardière. Anal., 730.
Menstruation et transformation de la manie en délire aigu, par Baillarger. Anal., 734.
Mental (Autopsie dans la détermination de l'état), par Chatelain. Anal., 733.
Mentales (alcool dans le traitement de maladies), par Brosius. Anal. 677.
— (Grossesse et maladies), par J. Peretti. Anal., 722.
Métallothérapie, par Moricourt. Anal. 732.
MEYNERT. Psychiatrie. Anal., 249.
MICHALSKI: Oreillons et convulsions. Anal., 731.
MIERZEJEWSKY et ERLITZKY. Atrophie de la face. Anal., 122.
Migraine, par Nicati et Robiolis. Anal., 211.
MILLET, Sarcome de la dure-mère. Hallucinations unilatérales. Anal., 124.
Moelle, par Homen. Anal., 743.
— (Affection de la), par Berben. Anal., 730.
— (Fibres centrales de la), par Rezzonico. Anal., 109.
— (Tubercule de la) épinière, par Bellangé, 655.
— (Troubles intellectuels dans les affections de la), par Rey. Anal., 124.
Monoplégie traumatique, par Castex. Anal., 730.
MOREAU (de Tours) Paul. Attaques hystéro-épileptiformes, aura obsession, 319.
— Etablissement d'aliénés en Norwège. Anal., 91.
— Haschisch dans le traitement de l'aliénation mentale. Anal., 108.
MOREL-LAVALLÉE. Syphilis cérébrale. Anal., 730.
MORICOURT. Métallothérapie. Anal., 732.
MORISANI. Localisations cérébrales. Anal., 521.
Morphinisme avec attaques hystéro-épileptiques, par Garnier. Anal., 677.
Morphinomanes. (Altérations dentaires chez les), par Combes. Anal. 464.
Morphinomanes et opiophages, par Ch. Eloy. Anal. 731.
Morphinomanie, par Marandon de Montyel. Anal., 368.
MORSELLI et BUCOLLA. Cocaïne. Anal., 367,
MORTON-PRINCE. Esprit et automatisme humain. Anal., 703.
MOTET. Débilité mentale. Adultère. 276.
— Intoxication alcoolique, actes criminels. Anal., 464.
Musculaire (Localisation de la sensibilité et du sens) dans l'écorce cérébrale, par Bechterew. Anal., 107.
Myélite (Méningo-) et révulsion, par Richardière. Anal,, 730.

Myélite (Méningo-), par Bourdalé. Anal., 523.
Napelline, acétale, paraldéhyde, par Tamburini. Anal., 242.
Nécrologie, 128-256-383-528-640 et 749.
Nerfs (durée de l'excitabilité des), par Brown-Séquard. Anal., 473.
— (Histologie des), par Raphaël Blanchard, 695.
— sensitifs (système vaso-moteur et), par Istomanow. Anal., 741.
— (Régénération des) périphériques, par Van Lair. Anal., 461.
Nerveux (anatomie pathologique du système) central, par Rumpf. Anal., 722.
— (Lésions cadavériques des centres), par Baillarger. Anal., 367.
— Marche dans les maladies du système), par Gilles de la Tourette et Londe. Anal., 694.
— (Nutrition du système) et manie, lypémanie, épilepsie, par Mairet. Anal., 84.
— (Système) et calorification, par Ch. Richet. Anal., 332.
Névralgie (Angine de poitrine consécutive à une). Anal., 732.
— des yeux et salicylate de soude, par Dubousquet-Laborderie. Anal., 522.
— diabétique, par Floraln. Anal., 365.
— faciale, par Cohen. Anal., 122.
Névrite multiple, par Hirt. Anal., 376.
Névrites cutanées des tabétiques, par Déjerine, Anal., 220.
— dans les paralysies des ataxiques, par Déjerine. Anal., 355.
— (Paralysies alcooliques) multiples, par Œttinger. Anal., 321.
— périphériques, par H. Roger. 140.
Névrose vaso-motrice, par Ferrand et Léonard, 529.
— convulsive, par Legrand du Saulle. Anal., 339.
Névroses (anesthésies apparentes et sensations retardées dans les), par Révillout. Anal., 692.
— réflexes, par Cartaz. Anal., 730.
NICAISE. Atrophie et parésie musculaires après la contusion. Anal., 365.
NICATI et ROBIOLIS. Migraine. Anal., 211.
NIOBEY. Voy. Couty.
Norwège (établissements d'aliénés en), par Paul Moreau de Tours. Anal., 91.
Nouvelles. 127-256-380-526-635 et 747.
Nutrition du système nerveux et manie, lypémanie, épilepsie, par Mairet. Anal., 84.
Nutritifs (bulbe rachidien et échanges), par Couty, Guimaraes et Niobey. Anal., 87.
OBERSTEINER. Vaisseaux sanguins du cerveau. Anal., 733.
Obsession (attaques hystéro-épileptiformes, aura.), par P. Moreau de Tours, 319.
Obsessions anxieuses ou émotives, par Régis, 659.
Oculaires (troubles) dans l'ataxie locomotrice, par Galezowski. Anal., 717.
Œil (fond de l') dans l'alcoolisme, par Ulthoff. Anal., 126.
Olives (Anatomie des) supérieures, par Bechterew. Anal., 745.
Opiophages (morphiomanes et), Ch. Éloy. Anal., 731.
Optiques (Sclérose multiple et névrite des nerfs). Cécité, par Eulenburg. Anal., 375.
Oreillons et convulsions, par Michalski. Anal., 731.
Os (fragilité des) chez les paralytiques généraux. Anal., 684.
Othématome, par Brajon. Anal., 114.
Otopiésis (Épilepsie d'origine auriculaire), par Boucheron. Anal., 600.
OUDART. Colonisation des aliénés. Anal., 675.
Pachyméningite avec symptômes de paralysie générale, par Christian. Anal., 370.
— (ostéite du rocher), compression du trijumeau, par Picqué. Anal., 523.
— simulant une paralysie générale, par Mabille. Anal., 124.
Paraldéhyde, acétale, napelline, par Tamburini. Anal., 242.
Paralysie agitante, par G.-H. Roger, 648.
— ascendante aiguë, par Bourdel. Anal., 365.
— atrophique, par Schultze. Anal., 378.
— consécutive à une injection hypodermique d'éther, par Deschamps. Anal., 522.

Paralysie générale (ataxie locomotrice et), par Baillarger. Anal., 734.
— générale chez un héréditaire, par Christian. Anal., 734.
— générale (Complications viscérales de la), par Carrier. Anal., 370.
— générale (diagnostic de la), par Christian. Anal., 124.
— générale (écorce du cerveau dans la), par Mendell. Anal., 732.
— générale (ergotine dans la), par Descourtis, 301.
— générale et localisations cérébrales, par Tamburini et Riva. Anal., 110.
— générale d'origine traumatique, par Mabille. Anal., 733.
— générale (histologie pathologique de la), par Marchi. Anal., 238.
— générale (hystérie et), par Rey. Anal., 678.
— générale (mariage et donations dans le cours d'une), par Régis, 616.
— générale (lésions de la dure-mère dans la), par Camuset. Anal., 125.
— générale (localisation anatomo-pathologique de la) sans aliénation, par Luys, 558.
— générale (pachyméningite avec symptômes de), par Christian. Anal., 370.
— générale (pachyméningite simulant une), par Mabille. Anal. 124.
— générale par Zecher. Anal., 523.
— générale par insolation, par Paris. Anal., 125.
— générale prématurée, par Régis, 578.
— générale (réflexes tendineux dans la), par Bianchi. Anal., 233.
— générale (température dans un cas de) à forme circulaire, par Maccabruni. Anal., 118.
— générale (symptômes psychiques et lésions de la), par Camuset. Anal., 733.
— hystérique, par Goudoin. Anal., 122.
— spinale avec ataxie, par Lowenfeld. Anal. 125.
Paralysies alcooliques. Névrites multiples, par Œttinger. Anal., 321.
Paralysie (névrites dans les) des ataxiques, par Déjerine. Anal., 355.
— par inconscience, par Verriest. Anal., 676.
— toxiques et paralysie alcoolique, par Lancereaux. Anal., 522.
Paralytiques généraux (fragilité des os chez les). Anal., 684.
— (réflexes chez les), par A. Bettencourt, 170.
PARANT. Folie simulée et folie véritable. Anal., 733.
Paraplégie alcoolique, par Rey. Anal., 370.
— par Capozzi. Anal., 363.
Parésie (atrophie et) musculaires après la contusion, par Nicaise. Anal., 365.
PARIS. Hallucinations continues chez un imbécile, 670.
— Paralysie générale, par insolation. Anal., 125.
Parole (troubles de la) par Luys. 271.
PELI. Céphalométrie chez les aliénés. Anal., 240.
Perception (aphasie et), par Grashey. Anal., 724.
PERETTI (J.). Grossesse et maladies mentales. Anal., 722.
Perversions (aberrations et) sexuelles chez les dégénérés, par Magnan. Anal., 208.
Phosphore dans l'urine des épileptiq., par Lépine. Anal., 351.
Phosphorique (acide) et aliénation mentale, épilepsie, par Laillier. Anal., 89.
— (élimination de l'acide), par Mairet. Anal., 244.
— (travail intellectuel et acide), par Mairet. Anal., 82.
Phtisique (folie), par G. H. Roger, 597.
PICQUÉ. Ostéite du rocher, pachyméningite, compression du trijumeau. Anal., 523.
PIGNOL. Hallucinations et troubles congestifs, 439.
Pinel (inauguration de la statue de), 497.
PITRES. Dégénérescences secondaires consécutives aux lésions des hémisphères cérébraux. Anal., 79.
PLANAT. Hystéro-somnambulisme et camphre. Anal., 370.

Pneumogastrique et mort, par P. Bert. Anal., 467.
Pneumogastriques (section des), par Beaunis. Anal., 466.
Pneumonie (psychose après un rhumatisme et une), par Eidam. Anal., 126.
POGGI. Circonvolutions cérébrales chez les aliénés. Anal., 239.
Poids des hémisphères cérébraux, par Rey. Anal., 484.
— du cerveau, par Rey. Anal., 697.
— du cerveau et capacité du crâne, par Amadei. Anal., 114.
— du cerveau chez les aliénés, par Amadei. Anal., 114.
PONCET. Trijumeau et troubles nutritifs de la cornée. Anal., 480.
Porencéphalie, par Bianchi. Anal., 113.
POUPON. Aphasies puerpérales. 293.
Prématurée (Paralysie générale), par Régis. 578.
PRÉVOST et RAVENEL. Hydrocéphalie et tumeur cérébrale. Anal., 732.
PRINCE. Voy. MORTON.
Protubérance annulaire, par Bitot. Anal., 455.
Pudeur (attentats à la) commis par un alcoolique, par Marandon de Montyel. 286.
Puerpérale (Eclampsie) et bains chauds, par Brens. Anal., 366.
Puerpérales (Aphasies), par Poupon. 393.
Psychiatrie, par Meynert. Anal., 349.
Psychiatrie (Ephémérides de la), par Laehr. Anal., 524.
Psychique (Etat) des hypnotiques, par Dumontpallier. Anal., 615.
— (état) et force dynamométrique, par Féré. Anal., 614.
Psychose causée par le chloral, par Kirv. Anal., 525.
Quantité (de la) dans l'encéphale et le cerveau, par Manouvrier. Anal., 517.
Rabiques (accidents) chez un alcoolique, par P. Legendre. Anal., 730.
Racines postérieures et arthropathies, par Bochefontaine et Lombroso. Anal., 471.
RAGGI. Sillon anormal du cerveau. Anal., 239.
Ramollissement cérébral, par R. Boddaert. Anal., 682.
RAVENEL. Voy. PRÉVOST.
RAYMOND. Affections catarrhales avec manifestations encéphaliques. Anal., 123.
RAYMOND (P.). Contusion du nerf cubital. Anal., 365.
Réclamation (Droit de) des aliénés devant les tribunaux, par Foville. Anal., 674.
Réflexes chez les paralytiques généraux, par A. Bettencourt. 170.
— tendineux dans la paralysie générale, par Bianchi. Anal., 233.
Régénération des nerfs périphériques, par Van Lair. Anal., 461.
RÉGIS. Mariage et donations dans le cours d'une paralysie générale. 616.
— Paralysie générale prématurée. 578.
Rêves (le sommeil et les), par Delbœuf. Anal., 520.
REVILLOUT. Anesthésies apparentes et sensibilité retardée dans les névroses. Anal., 692.
Révulsion (Méningo-myélite et), par Richardière. Anal., 730.
REY. Hystérie et paralysie générale. Anal., 678.
— Paralysie alcoolique. Anal., 370.
— Poids des hémisphères cérébraux. Anal., 484.
— Poids du cerveau. Anal., 697.
— Troubles intellectuels dans les affections de la moelle. Anal., 124.
REZZONICO. Fibres centrales de la moelle. Anal., 109.
Rhumatisme (Psychose après un) et une pneumonie, par Eidam. Anal., 126.
RIBAUDO. Hypoglobulie et cardiopathie chez les aliénés. Anal., 231.
RICHARDIÈRE. Méningo-myélite et révulsion. Anal., 730.
RICHET (Ch.). Destruction de l'écorce cérébrale. Anal., 217.
— Fièvre traumatique nerveuse et influence des lésions du cerveau sur la température générale. Anal., 216.
— Suggestion mentale. Anal., 219 et 353.

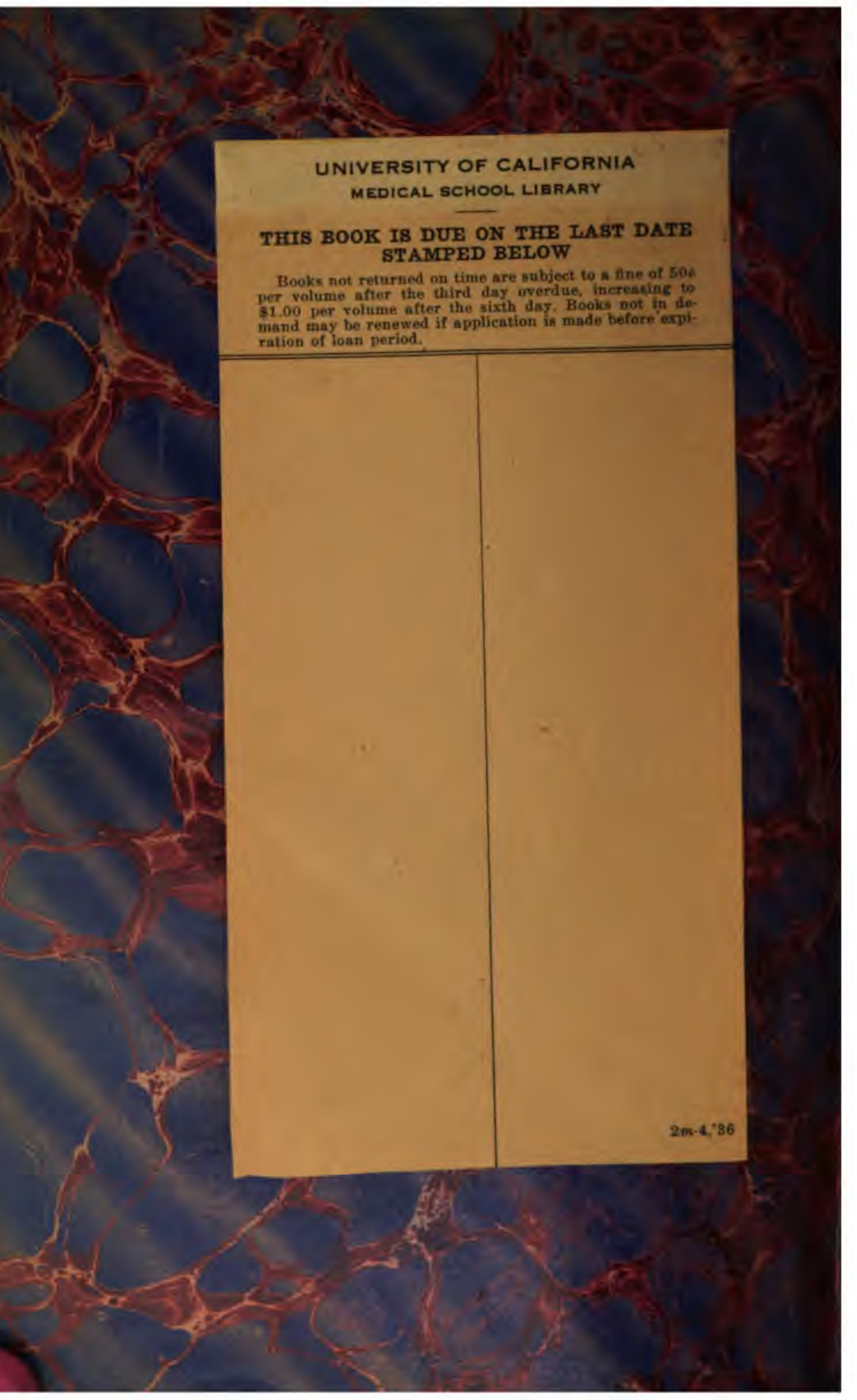
RICHET. Système nerveux et calorification. Anal., 332.
RIVA et ALGERI. Guérisons tardives de l'aliénation mentale. Anal. 234.
Voy. Tamburini.
ROBIOLIS. Voy. Nicati.
Rocher (fracture du), hemiplégie, par Lemonnier. Anal., 122.
— (ostéite du). Pachyméningite. Compression du trijumeau, par Picqué. Anal., 513.
ROGER (G.-H.). Folie phtisique, 597.
— Folie du doute, 47.
— Névrites périphériques, 140.
— Paralysie agitante, 648.
ROSENBACH. Lèpre. Anal., 253.
Rossbach (gastroxie de), par Longuet. Anal., 364.
ROUILLARD. Amnésies. Anal., 251.
RUAULT. Traitement de l'attaque d'hystérie. Anal., 729.
RUEFF, 127 et 378.
RUMPF. Anatomie pathologique du système nerveux central. Anal., 722.
Safranine, par Adamkiewicz. Anal., 358.
SALEMI-PACE. Cardiopathies chez les aliénés. Anal., 231.
Salicylate de soude (névralgie des yeux et), par Dubousquet-Laborderie. Anal., 522.
Sang dans la folie, par Seppilli. Anal., 112.
Sarcome de la dure-mère. — Hallucinations unilatérales, par Millet. Anal., 124.
Saturnine (intoxication), par Woolougham. Anal., 123.
SAUNDLEY (R.). Traitement de l'épilepsie. Anal., 367.
SCHULTZE Paralysie atrophique. Anal., 378.
— Atrophie musculaire héréditaire. Anal., 375.
Sciatique rebelle, élongation, par de La Harpe. Anal., 123.
Sclérose en plaques, par Babinski. Anal., 715.
— multiple et névrite des nerfs optiques. Cécité, par Eulenburg. Anal., 375.
Section nerveuse et trophicité, par Brown-Séquard. Anal., 468.
SÉE (G.). Gangrène pulmonaire, 194.
SÉJOURNET. Convulsions par insolation. Anal., 122.
SEMAL. Criminalité et folie. Anal., 686.
SEMELAIGNE. Sommeil pathologique chez les alién. Anal., 368.
Sensations de contraction musculaire, par Bloch. Anal., 210.
— (anesthésies apparentes et) retardées dans les névroses, par Revillout. Anal., 692.
— (Equivalents moteurs des), par Féré. Anal., 483.
Sensibilité (localisation de la) et du sens musculaire dans l'écorce cérébrale, par Bechterew. Anal., 107.
SEPPILLI. Sang dans la folie. Anal., 112.
— Surdité verbale. Anal., 227.
Sexuelles (aberrations et perversions) chez les dégénérés, par Magnan. Anal., 208.
Sialorrhée d'origine nerveuse, par Mabille. Anal., 734.
SIEMEN. Abstinence absolue dans délire systématique. Anal., 255.
Sillon anormal du cerveau, par Raggi. Anal., 239.
Société médico-psychologique, 91-339-484-696.
— de Biologie, 209, 349-466-612-693.
SOLFANELLI. Délire systématisé à forme érotique. Anal., 120.
SOLIVETTI. Convulsions hystériques. Anal., 237.
Sommeil (le) et les rêves, par Delbœuf. Anal., 520.
— pathologique chez les aliénés, par Semelaigne. Anal., 368.
Somnambulisme, par Hack Tuke. Anal., 679.
— par Brémaud. Anal., 362.
— (hystéro) et camphre, par Planat. Anal., 370.
SOURY. 255-377-715-740.
Spinaux (éléments cérébraux et éléments), par Luys, 641.
SPITZKA. Tubercules quadrijumeaux. Anal., 375.
Statistique internationale des aliénés, par Lefebvre. Anal., 679.
Stigmates psychiques, par Briand. Anal., 696.
STRYCHNINE (alcoolisme et) par Journeult et Bouvet. Anal., 366.
Suggestion, par Beaunis. Anal., 352.
— par Bernheim. Anal., 352.

Suggestion par Ch. Richet. Anal., 219 et 335.
— (Action vaso-motrice de la) chez les hystériq., par Dumontpallier. Anal., 609.
— et troubles vaso-moteurs, par Brown-Séquard. Anal., 693.
— (Troubles trophiques par), par Dumontpallier. Anal., 613 et 615.
Sulfure de carbone et pseudo-tabes, par Berbes. Anal., 364.
Supplicié (Expérience sur un), par Laborde. Anal., 479.
— (Observations sur un), par Wertheimer., Anal., 483.
Surdité verbale, par Seppili. Anal. 227.
Sympathies synalgésiques, par Mathias Duval. Anal., 209.
Synalgésiques (Des Sympathies), par Mathias Duval. Anal. 209.
Syphilis cérébrale, par Landouzy. Anal., 122.
— cérébrale, par Le Dentu. Anal., 122.
— cérébrale, par Morel-Lavallée. Anal., 730.
Syphilitique (démence simple d'origine), par Camuset. Anal., 124.
Tabes. Fausse angine de poitrine, par Berbes. Anal., 365.
— (Fractures et), par Dutil., Anal., 523.
— (pseudo), et sulfure de carbone par Berbes. Anal., 364.
Tabétique (Epanchement dans la tunique vaginale chez un) par Berbes. Anal., 365.
Tabétiques (Névrites cutanées des) par Déjerine. Anal., 220.
TAGUET. Alcoolisme, Anal., 123 et 722.
TAMBRONI. Température des aliénés. Anal., 117.
TAMBURINI. Hypnotisme hystérique. Anal., 229.
— Manie transitoire. Anal., 121.
— Napelline acétale, paraldéhyde, Anal., 242.
— et RIVA. Paralysie générale et localisations cérébrales. Anal., 110.
Température dans une paralysie générale à forme circulaire, par Maccabruni. Anal., 118.
— des aliénés, par Tambroni. Anal., 117.
— (Fièvre traumatique nerveuse et influence des lésions du cerveau sur la) générale par Ch. Richet. Anal., 216.
Température (Travail intellectuel et) générale, par Gley. Anal., 218.
Terreurs morbides et délire émotif, par Doyen, 418.
Thermométrie (mal épileptique), par Legrand du Saulle. Anal., 341.
THOMAS (Max.). Etiologie de la chorée. Anal., 742.
Thomsen (maladie de), par W. Erb. Anal., 737.
— (Maladie de), par Deligny. Anal., 363.
TONNINI. Lésions du corps strié. Anal. 232.
— Voy. AMADEI.
TORNERY (de). Méningite à la suite de l'ablation du col utérin. Anal., 730.
Torticolis (méningite tuberculeuse et) par Legroux, 21.
Trachéotomie. Grossesse, par Aysaguer. Anal., 364.
Transfert chez les hypnotiques, par Féré. Anal., 249.
Transitoire (Manie), par Verga et Gonzalès. Anal., 223.
— par Brunati. Anal., 224.
— par Tamburini. Anal., 121.
Traumatique (Paralysie générale d'origine), par Mabille. Anal., 733.
Travail intellectuel et acide phosphorique, par Mairet. Anal., 82.
— et température générale, par Gley. Anal., 218.
Tribunaux (Droit de réclamation des aliénés devant les), par Foville. Anal., 674.
Trijumeau (Ostéite du rocher. Pachyméningite. Compression du), par Picqué. Anal., 523.
— et troubles nutritifs de la cornée, par Poncet. Anal., 480.
— (Racine ascendante du), par Bechterew. Anal., 740.
Trophiques (Troubles), par suggestion. par Dumontpallier. Anal., 613 et 615.
Tuber cinereum chez les aliénés, par Verga. Anal., 241.
Tubercules quadrijumeaux, par Spitzka. Anal., 375.
Tumeur (Hydrocéphalie et) cérébrale, par Prévost et Ravenel. Anal., 732.
ULTHOFF. Fond de l'œil dans l'alcoolisme. Anal., 126.

Urine (Phosphore dans l') des épileptiques, par Lépine. Anal., 351.
Urticaire et délire quinique, par Gautier. Anal., 732.
Uterin (Méningite à la suite de l'ablation du col), par de Tornery. Anal., 730.
Vagin (Cloisonnement du) chez une imbécile, par Gilson. 41.
Vaginale (Épanchement dans la tunique) chez un tabétique, par Berbes. Anal., 365.
Vaisseaux sanguins du cerveau, par Obersteiner. Anal., 733.
VALLON (Ch.). 91-208-209-223-326-338-349-363-464-466-497-520-612-616-702.
VANLAIR. Régénération des nerfs périphériques. Anal., 461.
Variétés. 497.
VARIGNY (de). Actions d'arrêt. 206.
Vasomoteur (Nerfs sensitifs et système), par Istomanow. Anal., 741.
Vaso-moteurs (Suggestion et troubles), par Brown-Séquard. Anal., 693.
Vaso-motrice (Action) de la suggestion chez les hystériques, par Dumontpallier. Anal., 609.
— (Névrose), par Ferrand et Léonard. 529.
VENTURI (Silvio). Locomotion du cerveau. Anal., 708.
VERGA. Folie paralytique chez la femme. Anal., 241.
VERGA. Tuber cinereum chez les aliénés. Anal., 241.
— et GONZALÈS. Manie transitoire. Anal., 223.
VERRIEST. Malade à existence double. Anal., 682.
— Paralysie par inconscience. Anal., 676.
VULPIAN. Attaques épileptiformes, excitabilité du cerveau. Anal., 447.
— Attaques d'épilepsie. Anal., 326.
— (Excitabilité des centres psychomoteurs). Anal., 332.
— Excitabilité du cerveau. Anal., 603.
— Excitants mécaniques du cerveau. Anal., 452.
— Localisations cérébrales. Anal., 371.
WARNOTS. Criminalistes aliénistes et criminalistes anthropologistes. Anal., 689.
WERTHEIMER. Observations sur un supplicié. Anal., 483.
WITKOWSKI. Etats épileptiques et comateux. Anal., 375.
WOOLOUGHAN. Intoxication saturnine. Anal., 123.
Yeux (Névralgie des) et salicylate de soude, par Dubousquet-Laborderie. Anal., 522.
ZECHER. Paralysie générale. Anal., 523.
ZICHEN. Convulsions et excitation du cerveau. Anal., 742.
Zone motrice (Lésion de la), par Gonzalès et Verga. Anal., 115.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer. — Déc. 1885.



v.5.
1885.
L'Encephale
36958